



# سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت و دستاوردها و چالش‌های آن در ایران



مؤلفین :

دکتر سیدداود نصرالله پور شیروانی

(استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل)

دکتر سیمین موعودی

(کارشناس ارشد مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل)

ویراستار ادبی : موسسی یمین فیروز

مدرس گروه آموزش عمومی دانشگاه علوم پزشکی بابل



بسم الله الرحمن الرحيم



**سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت**

**و**

**دستاوردها و چالش‌های آن در ایران**

**دکتر سیدداود نصرالله پور شیروانی**

(استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل)

**دکتر سیمین موعودی**

(کارشناس ارشد مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی)

(دانشگاه علوم پزشکی بابل)

سرشناسه	:	نصرالله پورشیروانی سیدداود، ۱۳۴۳
عنوان و پدیدآورندگان	:	سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت و دستاوردها و چالش‌های آن در ایران/مؤلفین: سیدداود نصرالله پور شیروانی، سیمین موعودی: ویراستار ادبی موسی یمین‌فیروز
مشخصات نشر	:	بابل، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل، ۱۳۹۲
مشخصات ظاهری	:	۲۰۰ ص: مصور، جدول، تصویر
شابک	:	۶۰۰۰ ریال: ۴-۹۵-۷۵۰۹-۹۶۴-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
یادداشت	:	واژه‌نامه
موضوع	:	سلامت‌پروری—ایران—برنامه‌ریزی
موضوع	:	سیاست پزشکی—ایران
شناسه افزوده	:	موعودی، سیمین
شناسه افزوده	:	یمین‌فیروز، موسی، ۱۳۵۴، ویراستار
شناسه افزوده	:	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل
رده بندی کنگره	:	۱۳۹۲ س‌ع‌ن/۴۲۷/۸ RA
رده بندی دیویی	:	612
شماره کتابشناسی ملی	:	321490

---

### سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت و دستاوردها و چالش‌های آن در ایران

---

تالیف:	دکتر سیدداود نصرالله پور شیروانی (استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل)
ویراستار ادبی:	دکتر سیمین موعودی (کارشناس ارشد مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل)
ناشر:	موسی یمین‌فیروز
انتشارات دانشگاه علوم پزشکی بابل (مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی)	
نشر نوچ	۰۹۱۱۱۲۶۰۱۸۵
طرح جلد و صفحه آرای:	تابستان ۱۳۹۲
نوبت چاپ:	۱۰۰۰ جلد
تیراژ:	۹۷۸-۹۸۴-۷۵۰۹-۹۵-۴
شابک:	۶۰۰۰ ریال
قیمت:	
نشانی ناشر بابل، ابتدای جاده گنج‌افروز، میدان علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل	
تلفن: ۰۱۱۱-۲۱۹۶۲۱۳	نمابر: ۰۱۱۱-۲۱۹۶۲۱۳

رسول گرامی اسلام(ص):

من بیشتر از این که از فقر اقتصادی بر امتم بترسم

از ضعف تفکر و سوء تدبیر هراس دارم





## فهرست مطالب

مقدمه

پیش‌گفتار

## فصل اول: نظام سلامت و کارکردهای آن

مقدمه ۳/

نظام سلامت/۳

نظام عمومی سلامت جامعه /۵

نظام مراقبت سلامت /۵

ساختار نظام سلامت /۷

عملکرد نظام سلامت /۸

تولیت نظام سلامت /۸

حاکمیت /۸

حاکمیت و اعمال قوانین و مقررات /۹

فرآیند تدوین قوانین و مقررات /۱۰

تامین و تخصیص مالی /۱۱

تامین یا درآمدزایی /۱۳

انباشت منابع /۱۳

عدم تجمیع ریسک /۱۴

تجمیع ریسک واحد /۱۴

تجمیع ریسک پراکنده /۱۵

تجمیع ریسک ادغام یافته /۱۵

خرید خدمت /۱۶

چه خدمتی باید بخریم؟ /۱۶

خدمات را از چه افراد یا سازمانی بخریم؟ /۱۷

اصلاح تأمین مالی نظام سلامت برای دستیابی به عدالت / ۱۷

تولید منابع / ۱۹

توسعه نیروی انسانی / ۲۰

سوالات اساسی که با برنامه‌ریزی نیروی انسانی سلامت باید به آن‌ها پاسخ داده شود / ۲۰

عوامل تاثیرگذار بر روند توسعه نیروی انسانی در آینده / ۲۰

شاخص‌های تناسب نیروی انسانی پزشکی / ۲۱

ارائه خدمت / ۲۲

ویژگی‌های خدمات مطلوب سلامت / ۲۳

برای شناسایی مشکلات نظام سلامت و انجام اصلاحات، چه پرسش‌های کلیدی پیش‌رو سیاست‌گذاران

قرار دارد که باید پاسخ داده شود؟ / ۲۴

منابع / ۲۷

## فصل دوم: سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

مقدمه / ۳۱

واژه‌های متداول در حوزه سیاست‌گذاری / ۳۱

چرا سیاست‌گذاری در بخش سلامت اهمیت دارد؟ / ۳۲

نگرش‌های مختلف به موضوع سلامت / ۳۴

شکل‌های مختلف سیاست‌گذاری / ۳۵

پنج شکل اصلی سیاست‌ها در حوزه سلامت / ۳۶

سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد چیست؟ / ۳۷

اهمیت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد / ۳۷

تاریخچه سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد / ۳۸

عوامل موثر بر سیاست‌گذاری / ۳۹

محورهای مهم مورد تاکید در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد / ۴۴

مراحل سیاست‌گذاری (چرخه سیاست‌گذاری) / ۴۵

اصول و مبانی سیاست ملی سلامت در مطالعه تطبیقی ایران / ۴۸

طب مبتنی بر شواهد چیست و با سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد چه تفاوتی دارد؟/۵۳

چه چیزی تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد نیست؟/۵۷

استفاده از شواهد در مراحل مختلف سیاست‌گذاری/۵۸

چگونگی استفاده از شواهد در جهت شیاستگذاری/۵۹

پس از یافتن مطالعات مروری نظام‌مند، چگونه از اطلاعات مندرج در این مطالعات برای تصمیم‌گیری استفاده نماییم؟/۶۲

پایش و ارزشیابی سیاست/۶۵

اجزای خلاصه سیاستی و جایگاه آن در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد/۶۹

چارچوب پیشنهادی مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت جهت تنظیم خلاصه سیاستی/۷۰

چارچوب پیشنهادی شورای سیاست‌گذاری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت تنظیم خلاصه سیاستی/۷۲

ذکر مثال:سناریوی فرضی/۷۶

پیوست (۱): پایگاه‌های داده‌ها جهت جستجوی مطالعات مروری منظم/۷۷

پیوست (۲): فرایند سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد تا ارزیابی اثر نهایی سیاست/۸۰

منابع و مآخذ/۸۱

## فصل سوم: دستاوردهای سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایران

مقدمه/۸۷

ساختار سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی/۸۷

اجزای اصلی نظام سیاست‌گذاری سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی/۸۹

وظایف حوزه یا واحد سیاست‌گذاری سلامت/۸۹

تهیه و فراهم کردن شواهد/۸۹

تولیت و اولویت‌بندی/۹۰

آموزش و مشارکت افراد/۹۰

تدوین، تصویب، اجرا و پایش سیاست/۹۱

جایگاه، اختیارات و امکانات واحد سیاست‌گذاری/۹۲

نیروی انسانی/۹۲

ساختار/۹۳

اختیار/۹۴

منابع مالی/۹۵

هفت ویژگی یا اصل کلی یک سامانه سیاست‌گذاری سلامت/۹۵

انتظارات از دانشگاه‌های علوم پزشکی در فرآیند یکپارچه‌سازی سیاست‌گذاری و برنامه توسعه سلامت/۹۷

سابقه موضوعات مطرح شده در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی/۹۸

سیاست‌های ابلاغ شده شورای سیاست‌گذاری/۱۰۱

تجارب از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی/۱۰۲

تدوین منشور حقوق بیمار/۱۰۲

استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دولتی/۱۰۷

سیاست‌های تدوین‌شده در نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران جامع سلامت/۱۱۴

سیاست‌های تدوین شده در نقشه جامع علمی سلامت/۱۱۶

توسعه دستاوردها/۱۱۷

منابع/۱۱۹

## فصل چهارم: چالش‌های سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایران

مقدمه/۱۲۳

چالش‌های حوزه سیاست‌گذاری نظام سلامت ایران/۱۲۳

نگرش‌ها/۱۲۴

سبک مدیریت و سیاست‌گذاری (تصمیم‌گیری)/۱۲۵

ساختار/۱۲۶

منابع/۱۲۶

فرآیندهای ناهماهنگ/۱۲۷

اطلاعات، پژوهش و شواهد/۱۲۷

مهم‌ترین مشکلات کارکرد تولید نظام سلامت از نگاه برنامه پنجم/۱۲۷

چالش‌های نظام عمومی و نظام مراقبت سلامت/۱۲۹

گذر یا تغییرات جمعیتی /۱۳۰

گذر اپیدمیولوژیک ابتلا به بیماری‌ها و مرگ/۱۳۲

چالش‌های تغذیه جامعه /۱۳۳

فقدان برنامه راهبردی برای توسعه توریسم سلامت/۱۳۵

ضعف آموزش علوم پزشکی/۱۳۸

چالش‌ها و فرصت‌های طب مکمل/۱۴۱

ضعف بهینه‌سازی مصرف دارو/۱۴۳

ضعف مدیریت تجهیزات پزشکی/۱۴۴

مشکلات تامین مالی بخش سلامت/۱۴۶

نارسایی ساختار سازمانی بخش سلامت/۱۴۷

ضعف مدیریت منابع انسانی/۱۴۸

ناکارآمدی مدیریت فن‌آوری بخش سلامت/۱۴۹

ضعف و یا فقدان نظام جامع ارزیابی عملکرد/۱۵۱

نارسایی مدیریت منابع مالی بخش سلامت/۱۵۳

ضعف مدیریت دانش و اطلاعات سازمانی/۱۵۵

غفلت از شنیدن صدای مشتری/۱۵۶

بهره‌مندی ناکافی از ابزارهای علمی مدیریت و نقش دانش‌آموختگان این رشته برای حل مشکلات نظام سلامت /۱۵۷

ضعف اجرایی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع/۱۵۸

منابع/۱۶۰

## واژه‌نامه و تعریف واژه‌ها

## فهرست اشکال

### فصل دوم: سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

- شکل (۱). مثلث سیاست‌گذاری در بخش سلامت / ۴۲
- شکل (۲). ایجاد پل‌های سازمانی برای ادغام سیاست و شواهد / ۴۵
- شکل (۳). مراحل سیاست‌گذاری / ۴۶
- شکل (۴). مقایسه عوامل موثر بر طب مبتنی بر شواهد با سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد / ۵۶
- شکل (۵). مقایسه پویایی سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد با سیاست‌گذاری مبتنی بر عقاید فردی / ۵۸
- شکل (۶). هرم شواهد / ۶۰
- شکل (۷). چگونگی برقراری تعادل بین جنبه‌های مثبت و منفی سیاست‌ها و برنامه‌های بخش سلامت/ ۶۳
- شکل (۸). زنجیره نتایج / ۶۷
- شکل (۹). مقایسه اثر نهایی مداخله با وضعیت قبل از مداخله / ۶۸

### فصل چهارم: چالش‌های سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایران

- شکل (۱). هرم سنی و جنسی جمعیت ایران بر اساس مطالعه کشوری سال ۱۳۲/۱۳۸۹

## فهرست جداول

### فصل دوم: سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

- جدول شماره ۱: مهم‌ترین اجزای یک خلاصه سیاستی / ۷۰
- جدول شماره ۲: دسته‌بندی یافته‌ها (شواهد) / ۷۱
- جدول شماره ۳: ملاحظات اجرایی و موانع احتمالی اجرایی نمودن گزینه‌های انتخابی / ۷۱

### فصل سوم: دستاوردهای سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایران

- جدول ۱: ارتباط فرایندی بین مراکز تولید کننده شواهد تا نهادهای تصویب کننده سیاست در نظام سلامت ایران / ۸۸

نظام سلامت هر کشوری برای پاسخ‌گویی به نیازهای در حال تغییر جامعه و افزایش کارایی، اثربخشی، کیفیت و ایجاد عدالت همواره با سیاست‌سازی و سیاست‌گذاری جدید یا اصلاح سیاست‌های قبلی، اصلاحاتی را در سطح ملی و منطقه‌ای اعمال می‌نماید. مدیران، کارگزاران و نمایندگان سیاسی بخش سلامت که نقش اساسی در اتخاذ یک سیاست جدید یا اصلاح یک سیاست قبلی دارند، نیازمند به اطلاعات جامع و در عین حال دقیق هستند. اما در بسیاری از مواقع تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که نیازمند به اتخاذ تصمیمی سریع و در عین حال مناسب هستند در چنین شرایطی اطلاع از شواهد به روز و صحیح علمی در ارتباط با مشکل به وجود آمده یک امر حیاتی تلقی می‌شود. سیاست‌گذاری آگاه از شواهد (EBP) که به دنبال رویکرد پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) اولین بار در دهه ۱۹۸۰ میلادی در دانشگاه مک‌مستر کانادا با تعریف استفاده درست، صریح و خردمندانه از بهترین شواهد موجود جهت تصمیم‌گیری بالینی در مراقبت از بیماران مطرح شد) از دهه ۱۹۹۰ به منظور اصلاح و ارتقای تولید نظام سلامت پدیدار شد، یک رویکرد برای تصمیم‌گیری است که با هدف اطمینان از اطلاع کافی از بهترین و در دسترس‌ترین شواهد علمی در فرایند یک تصمیم‌گیری به اجرا گذاشته می‌شود. مشخصه اصلی این رویکرد، فرایندهای شفاف و سیستماتیک دسترسی، جستجو، نقد و انتخاب شواهد علمی به عنوان درون داده‌ای اصلی در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری است.

در نظام سلامت ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که به عنوان متولی سلامت جامعه و به نیابت از دولت نسبت به تبیین جهت‌گیری‌ها، سیاست‌ها و راهبردها به منظور تأثیرگذاری بر رفتار نقش - آفرینان درون و برون بخش سلامت اقدام می‌نماید، چند سالی است که با تشکیل واحد سیاست‌گذاری، بهره‌مندی از سیاست‌گذاری بر اساس شواهد را تأکید می‌نماید و در این راستا تجارب و دستاوردهای چشم‌گیری ایجاد شده است. در پنجمین المپیاد کشوری دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که در شهریور ماه ۱۳۹۲ در دانشگاه علوم پزشکی کرمان برگزار می‌گردد، موضوع رقابت در حیطه مدیریت سلامت، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در حوزه سلامت انتخاب گردید که نشانه توجه عمیق سیاست‌گذاران به اهمیت این رویکرد و نقش آن در اصلاح نظام سلامت می‌باشد.

دانشگاه علوم پزشکی بابل که در چهارمین المپیاد کشوری دانشجویان علوم پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز رتبه پنجم دانشگاهی را کسب نموده، سعی می‌نماید با استفاده بهینه از ظرفیت‌های موجود، انگیزه بیشتری برای توانمندسازی دانشجویان داوطلب شرکت در المپیاد کشوری و همین‌طور به تناسب موضوع برای مدیران و کارشناسان ایجاد نماید. کتاب حاضر که به بهانه ایجاد آمادگی دانشجویان داوطلب شرکت در پنجمین المپیاد کشوری با همت دو نفر از همکاران فعال عضو کمیته علمی المپیاد در حیطه مدیریت سلامت و با حمایت مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی این دانشگاه به رشته تحریر درآمده است، ضمن تقدیر و تشکر از مولفین محترم به نظر می‌رسد که با توجه به فقدان کتاب فارسی در زمینه سیاست‌گذاری، این کتاب بتواند در افزایش دانش و مهارت دانشجویان، مدیران و کارشناسان نقش موثری ایفا نماید.

**دکتر مصطفی جوانیان**

**معاون آموزشی دانشگاه**

**دکتر علی شبستانی منفرد**

**رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی**



## پیش گفتار

سلامت، سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن باید جزء مهم‌ترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان‌ها محسوب شود. انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامتی برای بهره‌مند شدن انسان‌ها از مواهب الهی امری ضروری است، لذا توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن، همواره یک اولویت مهم بوده است. نظام سلامت که شامل کلیه زیرساخت‌های توسعه یافتگی از قبیل نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی و همچنین کلیه موسسات، تشکلهای، منابع و افراد شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌ها، شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، مراکز تحقیقاتی، مطب‌های پزشکان، دندانپزشکان و ماماها، آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی‌ها و سایر مراکز تشخیصی تولید، توزیع و ارایه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت می‌شود، مسئولیت اصلی تامین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد مردم را به عهده دارد. بنابراین مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ گفتن به نیازهای تندرستی مردم و جامعه است. نیازهایی که تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی، همواره در حال تغییر است. از سوی دیگر بیماری‌ها و عوامل مخاطره آمیز سلامت هم دائماً در حال تغییر بوده و به خصوص در دوره حاضر تحولات بسیار سریعی را تجربه می‌نمایند. پاسخ‌گویی به این تغییرات مهم‌ترین استدلالی است که بر اساس آن باید نظام سلامت را متحول کرد و ارتقا داد. از این‌که ایجاد تحول و ارتقای مستمر نظام سلامت در چه بخش، موارد یا موضوعاتی، چگونه، با چه سازوکارهای قانونی، در چه دوره زمانی، با برخورداری از چه منابعی و نهایتاً با چه هدفی انجام گیرد؟ ذینفعان آن چه کسانی خواهند بود؟ تا چه مدت و در چه وسعتی پایدار می‌ماند؟ سئوالاتی هستند که همواره سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان حوزه سلامت را وادار به مطالعه، اندیشیدن، استدلال، خلاقیت و نوآوری می‌نماید. نظام سلامت با چهار عملکرد اصلی (تولیت، تامین منابع، خلق منابع و ارائه خدمت) در صدد است به سه هدف اصلی خود که شامل تامین سلامت، رضایت و عدالت است، نائل شود. سیاست‌گذاری یکی از کارکردهای تولیت نظام سلامت و شاید چالش برانگیزترین کارکرد برای مطالعه، اندیشیدن، استدلال، خلاقیت و نوآوری به منظور ایجاد تحول و ارتقای کل یا بخشی از نظام سلامت می‌باشد. امروزه فرایند سیاست‌گذاری مثل خیلی از کارکردها و وظایف دیگر با رشد سریع علم و فن‌آوری اطلاعاتی و ارتباطی دست‌خوش تغییرات چشم‌گیری قرار گرفته و از طیف خرد فردی، سلیقه‌ای، تجربه نشده به سمت خرد جمعی، برخوردار از تجارب دیگران و با تأکید بر پیش‌بینی و

ارزیابی مزایا و معایب احتمالی در حال جابه‌جا شدن است. سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد یکی از رویکردها و اصولی برای حرکت از طیف صرفاً شهودی و ناخودآگاه به طیف برخوردار شدن از منطق علمی و با در نظر گرفتن تمامی جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جامعه و ظرفیت‌های سازمانی می‌باشد که به خصوص در دو دهه اخیر مورد توجه و استفاده‌ی، قانون‌گذاران، سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان قرار گرفته است.

نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران با عنایت به بند «۱۲» اصل سوم، بند «۲» و «۴» اصل بیست‌یکم، اصل بیست‌نهم و بند «۱» اصل چهل و سوم قانون اساسی و در راستای ۵ محور اصلی بخش سلامت سند چشم‌انداز ۲۰ ساله و برنامه توسعه اقتصادی و اجتماعی ۵ ساله اول تا چهارم و اخیراً برنامه پنجم توسعه اقتصادی و اجتماعی شاهد تحول بنیادین و تغییرات تدریجی بوده است. از دستاوردهای عمده این تحول و تغییرات به - وجود آمده می‌توان، بهتر شدن دسترسی فیزیکی و مالی مردم به خدمات سلامت، افزایش امید زندگی، ارتقای شاخص‌های بهداشتی، کنترل رشد جمعیت، کنترل بیماری‌های مسری، تربیت نیروی انسانی و توسعه منابع فیزیکی مورد نیاز که قسمتی ریشه در سیاست‌گذاری‌های مناسب دارد را یادآوری نمود. اما در کنار این موفقیت‌های عظیم و بعضاً پایدار، نارسایی‌ها، مشکلات و ناکارآمدی‌های متعددی وجود دارد که قسمت زیادی از آن به عدم سیاست‌گذاری مناسب یا سیاست‌گذاری‌های نامناسب یا اجراء و پایش ناکافی سیاست - های درست مربوط می‌شود. بیش از یک دهه است که بسیاری از مدیران و کارشناسان با پذیرش بعضی از اشتباهات موجود، اقدامات اساسی به منظور اصلاح فرایند سیاست‌گذاری انجام دادند و با بازنگری ساختار شورای سیاست‌گذاری و توسعه اختیارات آن در تلاش هستند تا فرایند سیاست‌گذاری در چارچوب منطقی، علمی و با استفاده از شواهد ارتقا یابد. گرچه در این مسیر نسبتاً جدید، قدم‌های زیادی برداشته شده است ولی راه‌های پیموده نشده و موضوعات بسیاری با اولویت بالا و قابل طرح وجود دارد که به شدت نیازمند به سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و اعمال اصلاحات در بخش‌های مختلف نظام سلامت می‌باشد. امید است همه سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان متعهد به نظام سلامت، با جلب مشارکت خبرگان و استفاده بهینه از ظرفیت‌های موجود کشور، با نهادینه کردن سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، آگاهانه و نظام‌مند مسیر رو به تعالی را طی نمایند.

کتاب حاضر که به منظور تامین یک منبع فارسی برای توانمندسازی داوطلبین پنجمین المپیاد دانشجویان علوم پزشکی تهیه شد، به خاطر این که تجربه اول مولفین در این حیطه می باشد احتمالا دارای ضعف و نارسایی خواهد بود. ضمن عذرخواهی از ایرادات فنی و نگارشی که ممکن است به آن برخورد شود، از همه خوانندگان محترم خواهشمند است موارد نیاز به اصلاح را از طریق پست الکترونیک مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل اعلام فرمایند.

در خاتمه وظیفه خود می دانیم از جناب آقای دکتر جوانیان معاون محترم آموزشی دانشگاه، جناب آقای دکتر شبستانی منفرد رئیس محترم و دکتر جهانیان قائم مقام محترم مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی به خاطر حمایت های مالی و راهنمایی های ارزنده ای که در طراحی ساختار کتاب ارائه فرمودند، از رئیس و اعضای محترم شورای انتشارات دانشگاه خصوصا جناب آقای یمین فیروز که مسئولیت ویراستاری را به عهده گرفتند، از مدیریت محترم مالی دانشگاه به جهت مساعدت مالی، از همکاران محترم واحد کارپردازی آقایان رضازاده، رزاقی و لطیفی و همچنین سرکار خانم کیانیان کارشناس محترم استعدادهای درخشان مرکز مطالعات که در فرایند چاپ زحمات زیادی متحمل شدند، تقدیر و تشکر نمائیم.

**مولفین**



## فصل اول



### نظام سلامت و کارکردهای آن

#### اهداف آموزشی

در پایان مطالعه این فصل از خواننده انتظار می‌رود بتواند:

- ♦ نظام عمومی سلامت و نظام مراقبت سلامت را توضیح دهد.
- ♦ اجزای ساختار نظام سلامت را برشمارد.
- ♦ کارکردهای اصلی نظام سلامت را نام ببرد.
- ♦ حاکمیت نظام سلامت را تشریح نماید
- ♦ رهیافت‌های تامین مالی در نظام سلامت را نام برده و یک مورد از مزایا و و یک مورد از معایب هر رهیافت را بیان نماید.
- ♦ تولید انواع منابع مورد نیاز نظام مراقبت سلامت را توضیح دهد.
- ♦ ویژگی‌های یک نظام مطلوب ارائه‌کننده خدمات سلامت را برشمارد.

#### هدف کاربردی

در پایان مطالعه این فصل از خواننده انتظار می‌رود بتواند:

- ♦ برای هر کدام از کارکردهای اصلی نظام سلامت، حداقل یک سیاست جدید به منظور انجام اصلاحات پیشنهاد نماید.



## مقدمه

سلامتی یکی از محورهای عدالت و توسعه جوامع در تمامی ابعاد اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و انسانی به شمار می‌رود. نظام سلامت که از دو بخش نظام عمومی سلامت و نظام مراقبت سلامت تشکیل می‌شود با هدف تامین سلامت، افزایش رضایت و ایجاد عدالت، چهار کارکرد اصلی شامل: تولید، تامین منابع مالی، تولید منابع و ارائه خدمات را به عهده دارد. میزان یا سطح دستیابی به اهداف نظام سلامت با شاخص‌های میانی مثل کارایی، اثربخشی، عدالت، کیفیت و ... قابل سنجش می‌باشد. نظام سلامت برای کنترل بازار، ابزارهای کنترلی از قبیل تامین مالی، نظام پرداخت، اجرای مقررات و سازماندهی رفتار را در اختیار دارد. نظام پرداخت بر انگیزه‌ها و رفتار ارائه‌دهندگان خدمات تاثیر جدی دارد و می‌تواند از روش‌هایی که از تقاضای القایی جلوگیری می‌کنند، استفاده نمود. تامین مالی روشی است که تاثیر به‌سزایی در تامین عدالت دارد. سازماندهی می‌تواند باعث تغییرات عمده‌ای در اجرای راهکارها و نظارت بر تامین مالی گردد. اجرای مقررات تضمین‌کننده همه موارد فوق است و هر چهار عامل در بلندمدت سبب تغییر پایدار رفتار می‌شوند.

## نظام سلامت

برای تشریح گستردگی و کارکردهای نظام سلامت بی‌مناسبت نخواهد بود به دو مورد که از واقعیت‌های موجود دنیای متمدن امروز است توجه گردد تا شاید بهتر بتوان به نقش و جایگاه واقعی نظام سلامت و جالب‌تر از آن محدوده اختصاصی نظام مراقبت سلامت پی برد.

نوزاد دختری که در ژاپن به دنیا می‌آید، انتظار دارد تا سن ۸۵ سالگی زندگی کند، از تغذیه کافی برخوردار باشد، در برابر بیماری‌ها واکسینه شده و در مدرسه از آموزش مناسب برخوردار شود. در دوران بارداری از مراقبت‌های سلامت بهره‌مند شده و سرانجام در صورتی که در سنین بزرگسالی به بیماری‌های مزمن دچار شود، بهترین درمان‌ها را دریافت و خدمات توان‌بخشی و بازتوانی در دسترس او قرار می‌گیرد. داروهای مورد نیاز او در سنین بالا حداقل سالانه ۵۰۰ دلار آمریکا و یا خیلی بیشتر می‌شود و هیچ‌گاه نگران تامین داروهای مورد نیازش نخواهد بود.

نوزاد دختری که در سیرالئون متولد می‌شود، امیدش به زندگی حدود ۳۵ سال است! و اگر دوران کودکی را طی کند!! در برابر بسیاری از بیماری‌ها واکسینه نمی‌شود و در نوجوانی ازدواج می‌کند، ۶ بچه به دنیا می‌آورد که یکی از آنها خواهد مرد و فاصله زمانی مرگ فرزند با مرگ خودش چندان طولانی نمی‌باشد!! به علاوه او در اواخر عمر کوتاهش!! نیازمند داروهایی است که در دسترسش قرار نمی‌گیرد و ارزش داروهایی که سالانه مصرف می‌کند حداکثر ۳ دلار آمریکا خواهد بود!!

این تفاوت در دو منطقه جغرافیایی از جهان در حوزه سلامت به چه دلیل است؟ چگونه می‌توان این دو منطقه را به یکدیگر نزدیک کرد و یا حداقل حیات انسانی و اجتماعی را به حد قابل قبول و پذیرش عموم به لحاظ سلامت رساند؟ ریشه‌ها کدامند؟ و ... هر چند دلایل متعدد و عدیده‌ای برای آن ذکر می‌شود، ولی دلایل اصلی را می‌توان در موارد زیر جستجو کرد که در رشد و توسعه نیازمند به نگاه سیستمی و همه‌جانبه می‌باشد:

- شرایط اقتصادی - اجتماعی (میزان توسعه یافتگی)

- تغذیه مناسب

- درآمد

- سبک زندگی

- عدم وجود آلودگی‌های زیست محیطی

- نظام مراقبت سلامت.

با توجه به موارد مذکور و سایر عوامل موثر، می‌توان گفت که نظام سلامت از دو بخش به ظاهر جدا، ولی کاملاً وابسته به هم تشکیل می‌گردد:

۱- نظام عمومی سلامت جامعه

۲- نظام مراقبت سلامت



## نظام عمومی سلامت

نظام عمومی سلامت شامل کلیه زیرساخت‌های توسعه یافتگی از قبیل نظام اقتصادی (تولید ناخالص ملی، توزیع درآمد، اشتغال، شرایط محیط کار، مسکن، تغذیه، پوشاک، راه‌های ارتباطی و حمل و نقل و...)، نظام اجتماعی (احترام به عقاید و افکار متنوع جامعه، سرمایه‌های اجتماعی و میزان مشارکت در برنامه‌های سازنده جمعی، سلامت اخلاقی و جرم و جنایت، میزان کنترل مردم بر شرایط زندگی‌شان، ظرفیت و قدرت انتخاب گزینه‌های رفتاری حمایت یا تهدید کننده سلامت مثل شرکت در فعالیت‌های ورزشی، اجتناب از مصرف مواد مخدر و الکل و ... که سبک زندگی مردم را تشکیل می‌دهد)، نظام سیاسی (احترام به آزادی‌های مشروع فردی و حقوق شهروندی، حمایت و پشتیبانی سازمان‌های غیردولتی یا مردم نهاد، تنوع و تکثر رسانه‌های جمعی و مطبوعات، سلامت اداری) و نظام فرهنگی و آموزشی (میزان آموزش و سواد، آداب و رسوم، عقاید و ارزش‌های قومی و نژادی و ...) می‌شود که تقریباً هیچ کدام از آن‌ها در کنترل مستقیم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار ندارد. ولی این وزارت بنا به مسئولیت اصلی و تولید نظام سلامت در مواردی که برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه ضرورتی ایجاب نماید، باید از مسیر رهبری فرابخشی، اعمال نظر و بعضاً مداخله نماید.

## نظام مراقبت سلامت

نظام مراقبت سلامت که گاهی از آن به عنوان نظام مراقبت‌های پزشکی یا طبی نام می‌برند شامل کلیه موسسات، تشکلهای، منابع و افراد از قبیل دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌ها، شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، مراکز تحقیقاتی، مطب‌های پزشکان، دندانپزشکان و ماماها، آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی‌ها و سایر مراکز تشخیصی می‌شود که در تولید، توزیع و ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت به صورت مستقیم یا غیرمستقیم با هدف ارتقای سطح سلامت فردی و جمعی، پیشگیری و کاهش بار بیماری‌ها و جلوگیری از معلولیت‌ها دخالت دارند.

اما نقش این دو نظام فوق در بقاء و طولانی‌تر کردن عمر افراد جامعه و تامین، حفظ و ارتقای سلامت آنها چقدر است؟ برای پاسخ به این سؤال بین صاحب نظران همواره اختلاف نظر وجود دارد.

شواهد موجود نشان می‌دهد که نقش نظام عمومی سلامت جامعه و زیر ساخت‌هایی که از آن ساخته می‌شود و شکل می‌گیرد در حفظ و ارتقاء سلامت بسیار بیشتر و به زبان عددی حدود ۷۵ تا ۸۰ درصد است و نظام مراقبت سلامت با همه کارکردهای خود می‌تواند در حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه موثر باشد.

در مطالعه‌ای که بر اساس نظرسنجی در کشور آمریکا، در مورد نقش و اهمیت سلامت عمومی انجام گرفت، گزارش شده است که:

- حدود ۴۶ درصد مردم اعلام نمودند که سلامت عمومی مهم‌تر از مراقبت‌های پزشکی است.

- حدود ۳۰ درصد اعلام کردند که مراقبت‌های پزشکی مهم‌تر از فعالیت‌های سلامت عمومی است.

- حدود ۲۲ درصد اعلام نمودند هر دو به یک اندازه مهم هستند.

مطالعه دیگری در آمریکا نشان می‌دهد که از سال‌های ۱۹۰۰ تا امروز، امید زندگی حدود ۳۰ سال بهبود و افزایش یافته است. این در حالی است که صاحب نظران می‌گویند حدود ۲۵ سال از این افزایش مربوط به اقدامات پیشگیری نظام عمومی سلامت مثل افزایش سطح سواد، بهبود وضع تغذیه، برخورداری از آب شرب سالم، دفع صحیح زباله و فاضلاب و ... بوده و فقط ۵ سال مابقی مربوط به خدمات و مراقبت‌های پزشکی بوده است. با توجه به شواهد فوق، می‌توان گفت که نظام عمومی سلامت پایه هرم سلامت را تشکیل می‌دهد و نظام مراقبت سلامت در راس آن قرار می‌گیرد و مکمل آن می‌شود.

سیاست‌گذاران نظام سلامت، ضمن هم‌سو و هم‌جهت کردن دو نظام عمومی و مراقبت سلامت، در سیاست‌سازی و سیاست‌گذاری، طراحی اصلاحات و تقویت نظام مراقبت سلامت همواره به سه معیار یا ویژگی زیر تاکید می‌نمایند تا بدین وسیله از ظرفیت‌های هر دو نظام بالاترین بهره‌مندی به عمل آید:

- ویژگی‌های علمی و فنی (به ویژه رویکرد پیشگیری)

- ویژگی‌های اقتصادی (هزینه - کارایی و هزینه - اثربخشی)

- ویژگی‌های اخلاقی (تامین عدالت به ویژه دسترسی)

با بیان مقدمه فوق و تشریح نظام سلامت، مطالب بعدی انحصاراً به تشریح نظام مراقبت سلامت و با توجه به سه معیار مذکور می‌پردازد.

### ساختار نظام سلامت

ساختار نظام سلامت<sup>۱</sup> با هدف تامین سلامت، افزایش رضایت و ایجاد عدالت اجزای مختلفی دارد که به‌طور عمده عبارتند از:

- ۱- نظام ارائه خدمات سلامت<sup>۲</sup> که خدمات تشخیصی و درمانی را در سطح افراد و بیماران ارائه می‌نماید.
- ۲- بهداشت عمومی<sup>۳</sup> که خدمات خود را در سطح جمعیت‌ها ارائه می‌دهد و سعی می‌کند بیماری‌ها را در سطح جامعه پیشگیری و کنترل نماید.
- ۳- نظام مالی خدمات سلامت<sup>۴</sup> که تخصیص و تامین منابع مالی را برعهده دارد و یکی از اهرم‌های کنترل نظام سلامت به حساب می‌آید.
- ۴- نظام آموزش و پژوهش پزشکی<sup>۵</sup> که وظیفه تربیت نیروهای ماهر و تولید دانش مورد نیاز نظام سلامت را به عهده دارد.

---

1 - Structure of the health System  
 2 - The health Care Delivery System  
 3 - The Public Health System  
 4 - The Health Care Financing System  
 5 - Medical Research and Training

## عملکرد نظام سلامت

عملکرد نظام سلامت<sup>۱</sup> در چهار شکل کلی به شرح زیر ارائه می‌گردد:

۱- تولید<sup>۲</sup>

۲- تامین منابع مالی<sup>۳</sup>

۳- ارائه خدمات<sup>۴</sup>

۴- تولید منابع<sup>۵</sup>

## تولیت نظام سلامت

تولیت به معنی تعیین و تقویت قواعد اجرایی و ارائه جهت‌گیری‌ها و راهبردها برای تمامی نقش‌آفرینان این بخش و پذیرش مسئولیت کلان و پاسخ‌گویی در بالاترین سطح است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نیابت از دولت این وظیفه مهم را برعهده دارد. بنابراین تولیت کارکردی است که به نظام سلامت هویت می‌دهد. در این قسمت سیاست‌گذاری صورت گرفته، اولویت‌ها مشخص شده، اطلاعات جمع‌آوری و بر مبنای آن تصمیم‌گیری می‌شود. با اعمال حاکمیت، کنترل صورت می‌گیرد. استانداردها تدوین و در راستای پایش و ارزشیابی از ابزارهای تشویقی و تنبیهی استفاده می‌گردد. به عبارتی تولیت خود دو کارکرد فرعی شامل سیاست‌گذاری و اعمال حاکمیت (درون‌بخشی و رهبری بین‌بخشی) دارد. از آنجایی که مبانی سیاست‌گذاری در فصل دو به تفصیل تشریح خواهد شد، از پرداختن به آن در این قسمت صرف‌نظر می‌شود.

## حاکمیت

تنظیم استانداردها، پایش و ارزشیابی عملکرد در چارچوب استانداردها و استفاده از ابزار تشویق و تنبیه بر اساس نتیجه پایش و ارزشیابی را حاکمیت گویند. بنابراین حاکمیت شامل کلیه ساز و کارهایی است که به

---

1 - Function the Health System

2 - Stewardship

3 - Financing

4 - Services provision

5 - Resource Generation

کار می‌گیریم تا عملیات در محیط سیستم هماهنگ و هم‌سو با سیاست‌های تدوین شده باشد. حاکمیت نظام سلامت به دو شکل حاکمیت درون‌بخشی<sup>۱</sup> و رهبری برون‌بخشی<sup>۲</sup> اعمال می‌گردد. در رهبری برون‌بخشی بر روی گروه‌های دیگر حاضر در نظام عمومی سلامت به منظور رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده اثرگذاری می‌شود. در رهبری برون‌بخشی باید تحلیل ذی‌نفعان<sup>۳</sup> صورت گرفته و با انجام کار مشترک، تضاد منافع<sup>۴</sup> از طریق بحث و تعامل، حل گردد تا با جلب رضایت و حمایت آنها، عملیات بین‌بخشی بهبود یابد.

### حاکمیت و اعمال قوانین و مقررات

به قوانین پاداش و تنبیه و قوای قهریه که دولت از آن به منظور تاثیرگذاری روی افراد و نهادهای مختلف جهت اصلاح رفتار استفاده می‌کند، قوانین و مقررات<sup>۵</sup> گویند. اگر در نظام سلامت قوانین و مقررات وجود نداشته باشد نظام سلامت و خصوصاً بخش خصوصی دچار مشکلات زیادی خواهد شد. بنابراین تدوین قوانین و مقررات برای کنترل بخش خصوصی، سازمان‌های غیردولتی (NGOs)، آژانس‌ها، موسسات دولتی و افراد به منظور تنظیم وضعیت و توسعه بازار سلامت<sup>۶</sup>، تصحیح نارسایی‌های بازار<sup>۷</sup> و دستیابی به اهداف غیرتجاری مانند سلامت و عدالت ضروری است.

- 
- 1 - Intra- sectoral Governance
  - 2 - Intersectoral Leadership
  - 3 - Analysis of Stakeholders
  - 4 - Conflict of Negotiation
  - 5 - Rules & Regulation
  - 6 - Establish the Condition for Markets
  - 7 - Correct the Market Failure

## فرآیند تدوین قوانین و مقررات

تنظیم و تدوین قوانین و مقررات تقریباً همانند یک چرخه مراحلی دارد که اگر در هر مرحله به اندازه لازم مطالعه مروری و بعضاً پژوهش شود، قابلیت و کارآمدی آن را بالاتر می‌برد. این مراحل به طور معمول عبارتند از:

۱- وضع قوانین<sup>۱</sup>

۲- شفاف‌سازی، عینی نمودن و اختصاصی نمودن<sup>۲</sup>

۳- پایش و پیدا نمودن انحرافات<sup>۳</sup>

۴- اعمال تنبیهات<sup>۴</sup>

وضع قواعد و قوانین هم نظام عمومی سلامت و هم نظام مراقبت سلامت را شامل می‌شود که برای آشنایی با قلمرو آن به چند نمونه اشاره می‌گردد: قواعد اخذ پروانه مطب، کنترل شیوه طبابت، کنترل کیفیت دارو، وضع قوانین در خصوص محدود نمودن تعداد پزشکان و تقاضاهای القا شده توسط پزشکان، محدود نمودن ورود پزشکان خارجی، محدود کردن تکنولوژی‌های جدید که اثربخش نیستند، محدود کردن تعداد مراکز خدمات سلامت، کنترل قیمت از طریق تعرفه‌گذاری، محدود کردن ایجاد رانت و تبانی‌ها، تثبیت قیمت‌ها، اعمال تشویق جهت کیفیت ورودی‌های بخش سلامت مثل دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی، وضع قوانین فرا فردی مثل ممنوع کردن مصرف سیگار در افراد زیر ۱۸ سال، واکسیناسیون اجباری، قوانین امنیت غذا، کنترل آلاینده‌های محیط زیست، تنظیم قوانین جهت تحقق اهداف سلامت مانند اعمال محدودیت در تبلیغات، تولید، توزیع و مصرف سیگار، الکل و نوشابه‌های گازدار، ایمنی جاده‌ها و همچنین ایجاد عدالت و کاهش نابرابری‌ها، دسترسی مالی و فیزیکی خدمات سلامت در سطوح مختلف مثل اجبار خدمت برخی از تخصص‌ها در مناطق دیگر یا مکلف کردن سازمان‌های بیمه‌گر جهت گرفتن حق بیمه کمتری از فقرا، یا پوشش تمام آحاد جامعه، یا مکلف کردن ارائه‌دهندگان برای ارائه خدمات به همه بیماران و ... .

---

1 - Stablish Rules

2 - Apply Rules to specific cases

3 - Detect Violations Monitoring

4 - Impose Penalties on Violators

اما اعمال قوانین و مقررات در نظام سلامت به دلایل زیر همواره کار ساده‌ای نبوده و چالش‌های زیادی را ایجاد می‌نماید.

- ۱- الگوهای طبابت پزشکان متفاوت است پس قضاوت در مورد آن مشکل می‌شود.
- ۲- بعضی از ارائه‌دهندگان خدمت چون که در قوه مقتنه و مجریه از قدرت بالایی برخوردارند، با ایجاد لابی‌های مستمر مانع اجرای قوانین و یا باعث کم‌رنگ شدن آن می‌شوند.
- ۳- علوم و تکنولوژی به سرعت در حال تغییرند و دولت قادر به تدوین مقررات متناسب با این تغییرات نیست.

بنابراین به خاطر پیچیده و پرهزینه بودن اعمال مجازات، می‌طلبید که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تولید نظام سلامت از جایگاه و توان بالایی برخوردار باشد تا بدین طریق بتواند موانع و عوامل بازدارنده موجود در نظام سلامت را خنثی و یا آن را تعدیل نماید. نزدیک به ده سال است که جهت حمایت قانونی و پشتیبانی از نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تولید و اصلاح نظام سلامت، شورای عالی سلامت به ریاست رئیس‌جمهور و معادل آن در استان به ریاست استاندار تشکیل شده است تا چنانچه هر مداخله‌ای که در سطح ملی یا استانی نیاز به همکاری، حمایت و پشتیبانی سایر وزارتخانه‌ها یا سازمان‌های وابسته باشد، از طریق شورای سلامت مطرح و ابلاغ می‌گردد.

### تامین و تخصیص مالی

هزینه‌های سلامت به دلایل مختلفی در دنیا رو به افزایش است به طوری که سهم بخش سلامت از ۳ درصد تولید ناخالص داخلی (GDP) در سال ۱۹۴۸ به ۹/۷ درصد در سال ۱۹۹۷ افزایش یافته است و این عدد در برخی از کشورها از جمله آمریکا به ۱۵ درصد هم رسیده است. اما به دلیل فرآیندهای انجام گسیخته هزینه‌ها و کنترل ناکارآمد تامین مالی، رتبه سلامت کشورها هماهنگ و به موازات افزایش میزان هزینه‌های این بخش، ارتقا نیافته است. به همین علت یکی از مهم‌ترین مولفه‌های کارآمدی نظام سلامت در هر کشور، چگونگی تامین منابع برای سرمایه‌گذاری در بخش سلامت است. صاحب‌نظران اقتصاد سلامت معتقدند که استفاده از

سازوکارهای تامین مالی تجمیعی<sup>۱</sup>، یکی از روش‌های کارآمد در این عرصه می‌باشد. در گذشته زمانی که مردم بیمار می‌شدند، مستقیماً به درمان‌گران مراجعه می‌کردند و سیاست عمومی در بخش سلامت، حفاظت از بیماران در مقابل افراد سودجو از طریق تقویت اخلاقیات و «سوگندنامه بقراط» بود. هم‌زمان با انقلاب صنعتی و علمی شدن نگرش به موضوع سلامت، درک مفاهیم مربوط به علت، پیشگیری و درمان بیماری‌ها توسعه یافت. دامنه سلامت دیگر در انحصار درمان‌گران سنتی نبود، بلکه سایر بازی‌گران مانند سیاست‌گذاران، نهادهای تخصصی تامین منابع، تدوین‌کنندگان مقررات و ارائه‌کنندگان خدمات (اعم از مراکز درمانی، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز تشخیصی) و بسیاری از فراهم‌کنندگان ویژه مانند پزشکان، پرستاران، داروسازان و پیراپزشکان<sup>۲</sup> وارد این عرصه شدند.

امروزه موضوع تامین مالی سلامت<sup>۳</sup> به چندین بخش و فعالیت با اهداف، اولویت‌ها و محدودیت‌های خاص خود تقسیم شده‌است. این مجموعه، بخش تامین مالی تجمیعی نام گرفته و فعالیت‌های آن شامل جمع‌آوری منابع<sup>۴</sup> و تجمیع منابع است<sup>۵</sup> که در سیستم ارائه خدمات<sup>۶</sup> مورد استفاده قرار می‌گیرد، بخش جمع‌آوری منابع، روندی شفاف داشته و از طریق شیوه‌های متفاوت عمومی و خصوصی (شامل مالیات، عوارض، هدایا، وام، بیمه و ...) فراهم می‌شود. بخش تجمیع منابع و مشارکت در مخاطره‌پذیری (ریسک)<sup>۷</sup> موجب می‌شود هزینه بیماری‌ها بین فقیر و غنی، سالم و بیمار، جوان و پیر و شاغل و بیکار تقسیم شود.

تامین و تخصیص مالی در نظام سلامت سه کارکرد فرعی دارد که عبارتند از: ۱- درآمدزایی (تامین)<sup>۸</sup> - ۲- انباشت منابع<sup>۹</sup> - ۳- خرید خدمات (تخصیص)<sup>۱۰</sup>

- 
- 1 - Collective Financing
  - 2 - Allied Health Workers
  - 3 - Health Care Financing
  - 4 - Collection of Revenues
  - 5 - Pooling of Funds
  - 6 - Service Delivery System
  - 7 - Risk Sharing
  - 8 - Revenue Collection
  - 9 - Pooling of Resources
  - 10 - Purchasing of Interventions



### تامین یا درآمدزایی

فرآیندی است که طی آن نظام مراقبت سلامت پول را از منابع عمومی دولت، شهروندان و سایر منابع می-گیرد و به افرادی که باید خدمت ارائه نمایند می-رساند. شیوه‌های درآمدزایی نظام مراقبت سلامت در کشورهای مختلف متفاوت می-باشد ولی چهار شکل غالب آن مالیات عمومی<sup>۱</sup>، بیمه‌های اجتماعی اجباری<sup>۲</sup>، بیمه‌های اختیاری خصوصی<sup>۳</sup>، پرداخت مستقیم از جیب<sup>۴</sup> می-باشند. نظام مراقبت سلامت انگلستان درصد عمده‌ای از درآمد خود را از طریق مالیات عمومی دریافت می-کند. فرانسه قسمت اعظم درآمد خود را از طریق بیمه‌های تامین اجتماعی کسب می-کند و کشوری مانند آمریکا قسمت اعظم درآمد خود را از طریق بیمه‌های خصوصی تامین می-کند ولی کشورهای فقیر قسمت عمده درآمد را از طریق پرداخت مستقیم از جیب مردم دریافت می-کنند. در ۶۰ درصد کشورهای فقیر یعنی کشورهایی با درآمد کمتر از ۱۰۰۰ دلار سرانه ناخالص ملی، بیش از ۴۰ درصد درآمد از طریق پرداخت مستقیم از جیب تامین می-شود. در حالی که در کشورهای توسعه یافته برعکس است. در ایران نیز یکی از مشکلات اساسی این است که اخیراً نزدیک به ۶۰ درصد هزینه‌های سلامت پرداخت مستقیم از جیب مردم است که نشان می-دهد عدالت در سلامت تا حدودی مخدوش شده است.

### انباشت منابع

تجمع درآمدها در یک صندوق نظیر خزانه، صندوق تامین اجتماعی یا صندوق بیمه خصوصی را انباشت یا تجمع ریسک گویند. در انباشت هم اغیا و هم فقرا پول خود را در آن واریز می-کنند (همه افراد سالم و بیمار). لذا یارانه غنی به فقیر در آن بخوبی صورت می-گیرد. به دلیل نبود قطعیت در بازار بهداشت و درمان، پرداختن به مقوله مخاطره‌پذیری و چگونگی تجمع آن اهمیت دارد. به‌طور معمول، چهار نوع رهیافت برای انباشت منابع یا تجمع ریسک وجود دارد که این چهار رهیافت جداگانه در زیر توضیح داده می-شود.

- 
- 1 - General Taxation
  - 2 - Mandated Social Health Insurance
  - 3 - Voluntary Private Health Insurance
  - 4 - Out of Pocket Payment

### عدم تجمیع ریسک<sup>۱</sup>

در این رهیافت، هر فردی مسئول تامین هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های سلامتی خود بوده و هیچ گونه یارانه - ای برای حمایت از اقشار آسیب‌پذیر تخصیص نمی‌یابد. در این شرایط، یکی از راه‌های از بین بردن سیاست عدم قطعیت در قبال هزینه، استفاده از بیمه‌های خصوصی است که در آن بیمه‌گران حق بیمه فردی را براساس ارزیابی تجربی<sup>۲</sup> از بیمه‌شدگان دریافت می‌کنند. در این ساز و کار، اگر کسی از پوشش بیمه‌ای استفاده کند، حق بیمه وی به طور سالانه افزایش می‌یابد. در این صورت، مقوله انتخاب معکوس<sup>۳</sup> پیش می‌آید که در آن افراد پرمخاطره، مشتری خرید بیمه‌نامه بوده ولی افراد سالم انگیزه‌ای برای خرید آن نخواهند داشت. بیمه‌گران نیز با فرصت‌طلبی<sup>۴</sup> مجموعه‌ای از ریسک‌های خوب را تجمیع کرده تا بدین صورت میزان جبران خسارت را کاهش دهند. در چنین وضعیتی، افراد هزینه‌های مالی سلامت را، خود تامین کرده و بسیاری از فاکتورهای سلامت و بهداشت عمومی و مواردی که جامعه از آن نفع می‌برد،<sup>۵</sup> در کانون توجه قرار نخواهد گرفت.

### تجمیع ریسک واحد<sup>۶</sup>

در این رهیافت، تمام منابع به یک صندوق مرکزی واریز شده و بسته انتخابی سلامت را پوشش می‌دهد. البته تجمیع ریسک در این شکل، اجباری بوده و هیچ کس نمی‌تواند از پوشش آن خارج شود. این روش یکی از راه‌های برخورد با ناکارآمدی و نابرابری و نیز مقابله با روش انتخاب معکوس، فرصت‌طلبی و هزینه‌های ارتباطی<sup>۷</sup> است. از معایب این سیستم، می‌توان به بالابودن هزینه‌های مدیریتی، انگیزه بالا برای ایجاد تقاضای القایی<sup>۸</sup> (ناشی از تمایل فراهم‌کننده) و احتمال بروز مخاطره اخلاقی از سوی شرکت‌های بیمه اشاره کرد. دو

- 
- 1 - No Risk Pooling
  - 2 - Adverse Selection
  - 3 - Cream Skimming
  - 4 - Externalities
  - 5 - Exter, Alities
  - 6 - Unitary Risk Pool
  - 7 - Transaction
  - 8 - Induced Demand

عامل موجب ناکارآمدی این سازوکار می‌شود. اول این که در بازار بیمه سلامت، رقابت وجود ندارد. دوم اینکه حق انتخاب را برای افرادی که تمایل به استفاده از خدمات بیشتر در حوزه سلامت دارند، از بین می‌برد.

### تجمیع ریسک پراکنده<sup>۱</sup>

اگرچه از نگاه تئوریک، مشارکت کامل ملی در ریسک، زمینه بروز تفاوت در مصارف قابل پیش‌بینی برای گروه‌های مختلف را از بین می‌برد ولی مدیریت جریان اطلاعات و ایجاد هماهنگی، گاه مشکل ساز است. به همین دلیل، در برخی کشورها خرید خدمات سلامت به وسیله سازمان‌های کوچک‌تری انجام می‌شود که در آن، افراد براساس موقعیت جغرافیایی، نوع اشتغال، ویژگی‌های فردی، وضعیت سلامتی یا به انتخاب خود، وارد هر کدام از واحدهای تجمیع ریسک می‌شوند. در این صورت، اگر تعداد زیادی از افراد سالمند و بیمار در یک گروه جمع شوند، باید هزینه سرانه بالاتری را بپردازند. تفاوت در میزان هزینه و سرانه حق بیمه منجر به ناکارآمدی و اضمحلال سیستم می‌شود.

### تجمیع ریسک ادغام یافته<sup>۲</sup>

توجه به عدالت و برابری، موجب گرایش به پیوستگی ریسک می‌شود. در چنین شرایطی، باید بسته استاندارد از مراقبت‌ها به کلیه شهروندان ارائه شود. اولین گام برای ایجاد پیوستگی، یکسان کردن مبنا و میزان پرداخت سرانه بیمه به منظور اعمال تعدیلاتی برای ریسک است. هرچه به سمت پیوستگی بیشتر حرکت کنیم، عدم قطعیت در مصارف سلامت کاهش می‌یابد که از آن به هرم پیوستگی<sup>۳</sup> یاد می‌شود. شایان ذکر است که عضویت در هر کدام از نظام‌های مذکور در هرم پیوستگی می‌تواند اختیاری یا اجباری باشد و در صورت اختیاری بودن، باید «حریم ایمنی»<sup>۴</sup> برای هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت طراحی و اجرا شود.

- 
- 1 - Fragmented Risk Pool
  - 2 - Integrated Risk Pool
  - 3 - Integration Pyramid
  - 4 - Safety Net

همیشه نه یک صندوق بزرگ خوب است و نه تعداد زیادی از صندوق‌های کوچک، ولی اگر تعدادی صندوق محدود بزرگ وجود داشته باشد مناسب‌تر است.

### خرید خدمت

خرید خدمت<sup>۱</sup> سازوکاری است که از آن طریق، پولی که در صندوق‌های بیمه‌ای جمع شده، از صندوق خارج و به ارائه دهنده خدمت داده می‌شود. دو نوع خرید خدمت وجود دارد. ۱- خرید خدمت انفعالی<sup>۲</sup>، روشی است که در مملکت ما وجود دارد. در این نوع خرید خدمت، دفترچه درمانی افراد دارنده بیمه نقش چک سفید را داشته و پزشک هر خدمت و هر دارویی را که دلش می‌خواهد در آن می‌نویسد. این خدمت ممکن است درست و یا غلط ارائه شده باشد که پس از ارسال برگه‌ها به سازمان بیمه گر، سازمان بیمه گر باید نسبت به پرداخت هزینه‌های به‌عمل آمده اقدام نماید. ۲- خرید خدمت راهبردی<sup>۳</sup>، روش دیگری است که در آن سیستم‌های پرداخت‌کننده سعی می‌کنند دنبال خدماتی بگردند که در صورت پرداخت، سلامت جامعه را به حداکثر برسانند. در این خرید خدمت سئوال می‌شود که چه خدمت یا خدماتی را، از چه کس یا سازمانی و چگونه باید بخریم؟

### چه خدمتی باید بخریم؟

در خرید خدمت راهبردی، خدماتی برای خریدن انتخاب می‌شوند که هزینه-اثربخش باشند. عمدتاً فقرا از آن استفاده می‌کنند. خدماتی که در بازار رقابتی ارائه نمی‌شوند و اگر رها شوند سبب آسیب‌های اجتماعی می‌گردند. خدماتی خریداری می‌شوند که منافع فرافردی دارند. مانند واکسیناسیون. موانعی که باعث می‌شود فقرا کمتر از اغنیا، از خدمات سلامت استفاده کنند عبارتند از: دوری راه، نداشتن اطلاعات از ارائه خدمات به‌دلیل مشغله کاری و ترس از بیکار شدن، نداشتن پول جهت هزینه رفت و آمد،

- 
- 1 - Purchasing
  - 2 - Passive Purchasing
  - 3 - Strategic Purchasing

نداشتن پول جهت پرداخت هزینه‌های جانبی از جمله اسکان، موانع جنسیتی، موانع فرهنگی، موانع سنی و... لذا بیشتر یارانه فقیر به غنی صورت می‌گیرد که جهت جلوگیری از آن باید پرداخت حق بیمه بر اساس درآمد باشد.

### خدمات را از چه افراد یا سازمانی بخریم؟

- فرد یا سازمانی که با مبلغ و هزینه کمتر خدمت مورد نظر را ارائه می‌دهد.
- تاکید بر خدمات پیشگیری دارد.
- اگر پزشک عمومی و پزشک متخصص هر دو قابلیت و امکانات ارائه خدمت را دارند، خرید خدمت از پزشک عمومی ترجیح داده می‌شود.

**مثال:** در کشور انگلستان قسمت عمده درآمدزایی از طریق مالیات عمومی و انباشت در یک صندوق واحد در وزارت بهداشت صورت می‌گیرد و خرید خدمت توسط واحدهای محلی<sup>۱</sup> صورت گرفته و خدمات سلامت توسط NHS ارائه می‌شود که نوعی از یک درآمد بزرگ، یک انباشت بزرگ، یک ارائه خدمت و خرید خدمت بزرگ محسوب می‌شود.

### اصلاح تأمین مالی نظام سلامت برای دستیابی به عدالت

با توجه به چالش‌های تأمین مالی، اصلاح نظام تأمین مالی یکی از اولویت‌های مهم اصلاحات نظام سلامت به منظور ایجاد عدالت می‌باشد. اهداف چنین اصلاحی باید دقیقاً تعیین گردند. موارد زیر را می‌توان به عنوان اهداف پیشنهادی اصلاح تأمین مالی نظام سلامت مطرح نمود:

☞ تأمین منابع با ثبات در میان مدت و طولانی مدت

---

1 - local health authorities

👉 تثبیت منابع مالی مورد نیاز برای برنامه‌های اولویت‌دار نظام سلامت

👉 کاهش پرداخت از جیب مردم

👉 رفع موانع اقتصادی، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات

👉 عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات

👉 توجه به کارآیی و بهره‌وری در تخصیص منابع

👉 تأمین کیفیت مناسب برای خدمات

برای تأمین این اهداف، اصول راهبردی زیر را می‌توان مدنظر قرار داد:

➤ افزایش سرمایه‌گذاری بخش عمومی در سلامت

➤ دستیابی به پوشش همگانی و تقویت شبکه‌های حمایتی برای گروه‌های در معرض خطر

➤ ایجاد سامانه پیش‌پرداخت برای کسانی که درآمد دارند نظیر بیمه یا مالیات

➤ پایش و ارزشیابی عملکرد به صورت مداوم در نظام سلامت باید وجود داشته باشد و باید در نظام پرداخت مؤثر باشند.

➤ مستندات مورد نیاز جهت توسعه سیاست‌گذاری تأمین مالی سلامت باید با توجه به شرایط جدید به‌طور مداوم فراهم و در اختیار سیاست‌گذاران قرار گیرد.

➤ از قوانین و مقررات به صورت هدفمند برای تأمین اهداف نظام سلامت استفاده شود.

عرصه‌های قانون‌گذاری که احتیاج به بازنگری دارند شامل موارد زیر هستند:

✓ امکان پوشش همگانی خدمات، نه فقط دسترسی بلکه اطمینان از بهره‌مندی از خدمت

✓ اطمینان از تأمین منابع با ثبات برای نظام سلامت

✓ تجمع ریسک بین فقیر و غنی، بیکار و شاغل و بیمار و سالم

✓ امکان خرید خدمت به صورت هدفمند برای تأمین سلامت بر اساس نیازهای واقعی نه خواسته‌های

غیرضروری

✓ حمایت از روش‌های پرداختی که هم انگیزه و هم کیفیت و هم بهره‌وری نظام سلامت را بالا ببرد.

✓ آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی نظام سلامت

### تولید منابع

تولید منابع شامل: تولید منابع انسانی، فیزیکی، اطلاعاتی، دانشی، تکنولوژی و ... یکی از کارکردهای اصلی نظام مراقبت سلامت می‌باشد. که شامل دو بخش است:

۱- تولید ارائه‌دهنده خدمات سلامت شامل سرمایه اجتماعی (ارزش‌های حاکم بر تعاملات کاری که در یک جمع معنی پیدا می‌کند) و سرمایه انسانی سلامت مثل نیروی انسانی که دارای دانش و مهارت لازم باشد و در یک فرد معنی پیدا می‌کند.

یکی از وظایف مهم نظام آموزش پزشکی تربیت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است که این افراد موجب ارتقای سلامت و ایجاد جامعه سالم می‌شوند که توسعه اقتصادی و رفاه را به دنبال دارد.

۲- گسترش نوآوری‌های پزشکی: نظام سلامت تولید سه نوع نوآوری شامل: ۱- سرمایه انسانی نوآور (پژوهش-گران پایه)، ۲- سرمایه اجتماعی نوآور (پژوهش‌گرانی که با انجام کارهای مشترک، ارزش‌های مثبت و سازنده را بر تعاملات اجتماعی حاکم می‌نمایند)، ۳- سرمایه ساختاری نوآور (که باعث ایجاد ارتباط بین سرمایه انسانی و اجتماعی می‌شود) را بر عهده دارد.

### توسعه نیروی انسانی

توسعه نیروی انسانی<sup>۱</sup> در نظام سلامت یکی از کارکردهای پویا می‌باشد و تقریباً در هیچ دوره زمانی توقف ندارد و شامل سه عملیات اصلی است:

۱- برنامه‌ریزی برای تربیت نیروی کار، که بحث مهم آن با سئوالی که در چه زمانی و به چه تعداد نیروی انسانی تربیت شوند، مطرح می‌گردد.

۲- آموزش نیروی انسانی، که در این کارکرد توانمندسازی و کیفیت نیروی کار مورد توجه قرار می‌گیرد.

۳- مدیریت نیروی انسانی که در جهت ایجاد و افزایش انگیزش، کارایی و اثربخشی منابع انسانی تاکید می‌شود.

### سوالات اساسی که باید با برنامه‌ریزی نیروی انسانی سلامت به آن‌ها پاسخ داده شود:

۱- آیا امروز تعداد نیروی انسانی کافی است؟ که امری قضاوتی است

۲- آیا کیفیت خدماتی که امروز ارائه می‌شود مناسب است؟ آموزش نیروی انسانی

۳- آیا توزیع نیروی انسانی در حال حاضر و آینده مناسب خواهد بود؟

۴- آیا رفتارهایی که از سوی نیروی انسانی و ارائه‌دهندگان خدمات سر می‌زند مناسب است؟

### عوامل تاثیرگذار بر روند توسعه نیروی انسانی در آینده

۱- ورود یک فن‌آوری پیشرفته یا جدید

۲- مدل یا الگوی ارائه خدمت تغییر کند.

۳- نقش‌های جدیدی برای یک حرفه تعریف شود.

۴- توقعات جامعه تغییر کند.

۵- گذار ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مثل افزایش جمعیت سالمندی و نیاز به مهارت‌ها و مراقبت‌های جدید

۶- گذار اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و نیاز به تخصص یا تخصص‌های جدید.

۷- جهانی شدن خدمات

۸- معادل تمام وقت بودن<sup>۱</sup>: بهتر است در برنامه‌ریزی نیروی انسانی از این شاخص استفاده شود. ضریب FTE

زنان ۵/ تا ۶/ مردان است.



### شاخص‌های تناسب نیروی انسانی پزشکی

- ۱- پست‌های خالی<sup>۱</sup>: چنانچه افرادی متقاضی پست خالی نباشند نشان می‌دهد که کمبود نیرو وجود دارد و اگر افراد زیادی متقاضی پست خالی باشند بیانگر آن است که نیروی جویای کار مازاد داریم.
- ۲- زمان انتظار جهت جراحی‌های غیراورژانس که اگر زمان انتظار خیلی طولانی باشد، نشان‌دهنده کمبود جراح است.
- ۳- زمان انتظار جهت ویزیت که اگر زمان انتظار طولانی باشد نشانه کمبود نیروی انسانی ماهر است.
- ۴- میزان ساعات اضافه کار: ممکن است بیش از ۲۰ درصد پزشکان اضافه کار کنند که نشان‌دهنده کمبود پزشکان است.
- ۵- قیمت خدمات<sup>۲</sup>: اگر قیمت خدمات به طور غیرمنطقی اضافه شود و غیرقابل مهار باشد نشان‌دهنده کمبود نیروی انسانی ماهر است.
- ۶- خدمات جایگزین<sup>۳</sup>: ممکن است پزشک برای درآمد بیشتر، کارهای دیگری انجام دهد مثلاً چون تعداد بیمارانش کاهش یافته کار دیگری مثل حجامت انجام می‌دهد.
- ۷- نسبت پزشک به افراد جامعه (سرانه پزشک): با بررسی این نسبت و مقایسه با استاندارد می‌توان به کمبود یا اضافه بودن پزشکان پی برد.
- ۸- ارزیابی ارجاعات پزشک<sup>۴</sup>: در صورتی که پزشک تعداد زیادی بیمار را ارجاع می‌دهد نشان‌دهنده این است که پزشک فرصت رسیدگی و مدیریت بیمار را ندارد و نشان‌دهنده کمبود است.
- ۹- ارزیابی مشتری: در صورتی که مشتری‌ها خیلی ناراضی باشند یکی از دلایل می‌تواند نشانه کمبود و اگر رضایت وجود داشت می‌تواند نشانه کفایت باشد.

- 
- 1 - Unfilled Position
  - 2 - Price of Service
  - 3 - Service Substitution
  - 4 - Assessment of referring to practitioners

۱۰- دیدگاه پزشکان: در صورت کمبود نیروی انسانی، معمولاً پزشکان (خصوصاً در بخش دولتی) ناراضی هستند.

## ارائه خدمت

ارائه خدمت به عنوان یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت، نیازمند برنامه‌ریزی هوشمندانه است تا با داشتن تعداد کافی پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان خدمت، خدمات مناسب را در زمان مناسب به جمعیت ارائه نماید. میزان موثر بودن خدمات سلامت وابسته به آن است که چه خدماتی ارائه می‌شوند و چگونه این خدمات سازمان-دهی شده‌اند. در یک نظام مطلوب و کارآمد سلامت، منابع باید برای مداخلاتی صرف شوند که مطابق اولویت‌های ملی و محلی بوده و اثربخشی آنها مورد تأیید متخصصین نظام سلامت قرار گرفته باشد. به دلیل این که منابع محدودند، اولویت‌بندی خدمات و سهمیه‌بندی آن امری ضروری و پذیرفته شده خواهد بود.

ارتباطات مابین سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات، از نظر ساختار بسیار مهم است. سؤال محوری در این رابطه عبارت است از این که سازمان‌ها تا چه حد از همدیگر جدا هستند و یا آن‌ها چگونه شبکه‌های پیچیده در سطوح مختلف (سطح‌بندی خدمات به سطح اول، سطح دوم و سطح سوم) را تشکیل می‌دهند؟ ساختار چنین شبکه‌هایی تعیین‌کننده چگونگی دسترسی مستقیم مردم به آن‌ها یا دسترسی به سطوحی است که به عنوان اولین خط ارائه‌کننده خدمت عمل می‌کنند. این امر دربرگیرنده چگونگی ارجاع مقاطع مابین مرزهای دولتی و خصوصی یا چگونگی جدایی شش‌ب‌های دولتی و خصوصی است. در سطح بالینی نیز چگونگی ترکیب مهارت‌های مختلف پزشک، پرستار، ماما و کارکنان بهداشت جامعه، در عملکرد آن‌ها تأثیر بسزایی خواهد داشت.

نظام سلامت بایستی مداخلات اثربخش و قابل خرید را در دسترس جمعیت بهره‌بردار قرار دهد. نبود یا کمبود دارو و تجهیزات و یا عدم مهارت کافی نیروی انسانی که از ضعف در آموزش و سرمایه‌گذاری ناشی می‌شود، به نارسایی‌های عمده در نظام سلامت منجر می‌گردد.

در اکثر موارد نارسایی ارائه خدمات به دلیل سازماندهی نامناسب و نامطلوب نظام سلامت است و یا در مواردی با وجود منابع و تامین مالی کافی و توزیع عادلانه، ممکن است به دلیل چیدمان اشتباه و سطح بندی نامناسب واحدهای ارائه دهنده در امر ارائه خدمات نارسایی هایی وجود داشته باشد. بنابراین توجه به نکات زیر بسیار مهم است:

- ✓ چه خدماتی ارائه شود؟
  - ✓ این خدمات به چه کسانی ارائه شود؟
  - ✓ در موارد لازم برای سهمیه بندی، این کار چگونه صورت گیرد؟
  - ✓ چگونه از نحوه سازماندهی ارائه کنندگان و از وجود انگیزش های صحیح آنان مطمئن شویم؟
  - ✓ نحوه ارائه واقعی خدمات چگونه است (چه کسی از چه خدماتی فایده می برد)؟
  - ✓ ارائه آن ها چقدر کارآمد است؟
- آنچه که در نظام سلامت باید مورد تاکید قرار گیرد، این است که ارائه خدمات باید مطابق نیاز افراد جامعه باشد نه براساس تمایل و درخواست افراد. نیازهای کاذب و بعضاً مضر، فضای ارائه مراقبت ها را در همه جا تحت تأثیر قرار می دهد.

### ویژگی های خدمات مطلوب سلامت

یک نظام مطلوب سلامت باید بتواند با بهره گیری از مشارکت مردم و جامعه خدمات بهداشتی، پیشگیری، درمانی و توان بخشی کافی را فراهم کند. ویژگی های یک نظام مطلوب ارائه کننده خدمات سلامت عبارتند از:

- ۱- علاوه بر موجود بودن، به آسانی، عادلانه و به سرعت در دسترس افراد متقاضی قرار گیرد.
- ۲- هزینه خدمات باید متناسب با قدرت خرید متقاضی باشد.
- ۳- هزینه خدمات باید متناسب با قدرت پرداخت دولت باشد.
- ۴- خدمات باید به صورت کامل و جامع از سطح پیشگیری تا سطح درمانی و توان بخشی ارائه شود.
- ۵- خدمات باید به هنگام بوده و هر وقت متقاضی نیاز داشت، فراهم شود.

۶- خدمات باید از هماهنگی درون‌بخشی و برون‌بخشی برخوردار باشد و در راستای توسعه ملی و رفاه عمومی ارائه شود.

۷- خدمات باید به صورت مستمر و در جهت ارتقای کارایی و اثربخشی ارائه شود.

۸- خدمات باید موجب توسعه پژوهش‌های کاربردی شود.

۹- خدمات باید با کیفیت مطلوب ارائه شود.

۱۰- خدمات باید از لحاظ اخلاقی، فرهنگی و عرفی (مقبولیت) مورد پذیرش متقاضی باشد.

### برای شناسایی مشکلات نظام سلامت و انجام اصلاحات، چه پرسش‌های کلیدی پیش‌روی سیاست‌گذاران قرار دارد که باید پاسخ داده شود؟

طبیعی است که سیاست‌گذاران باید ساختار و کارکردهای نظام سلامت را همواره بررسی و نتایج آن را با توجه به اهداف و میزان دستیابی به کارآیی، اثربخشی و بسیاری از موارد دیگر نقد و بدین ترتیب مشکلات موجود در بخش‌های مختلف شناسایی و براساس شواهد موجود سیاست‌گذاری نمایند. سئوالات عمده‌ای که در این راستا ممکن است مطرح گردد، تعدادی به شرح زیر یادآوری می‌شود:

۱- اصول اساسی نظام سلامت کدام‌اند؟ و این اصول بر چه فلسفه‌ای استوارند؟

۲- با توجه به این اصول، نگاه و رسالت ما<sup>۱</sup> چیست؟ و دورنما و کیفیت مراقبت‌های پیشگیرانه، اولیه، بیمارستانی، دراز مدت و ... چگونه است؟

۳- جایگاه بیمار در کجای نظام سلامت قرار دارد؟

- منشور حقوق بیمار چگونه تعریف می‌شود؟ آیا بیمار نیازمند اطلاعات باز، روشن و اضافی است؟ چگونه می‌توان حق انتخاب وی را بیشتر کرد؟ و حق او به عنوان انسان چگونه تعریف می‌شود؟

۴- استانداردهای حرفه‌ای مربوط به پزشکان و سایر کارکنان بخش سلامت چگونه تعریف می‌شود؟

- جایگاه پزشکان به عنوان ایفا کنندگان نقش اصلی در تامین مراقبت‌ها در نظام سلامت چگونه است؟ و چگونه باید باشد؟
- آیا نگاه به پزشکان عمومی، نگرشی به عنوان پزشک خانواده است؟ و آیا اهتمام جدی برای استقرار آن وجود دارد؟
- آیا قراردادهای نیازمند بازنگری است؟ و آیا دو یا چند شغله بودن پزشکان و ایفای نقش‌های متفاوت توسط آنان به نفع نظام سلامت است؟
- جایگاه پیراپزشکان و سایر کارکنان بخش سلامت چگونه تعریف می‌شود؟ نظام پزشکی، نظام پرستاری و انجمن‌های علمی در کجای این سازوکار قرار دارند؟
- ۵- وضعیت نظام سلامت چگونه است؟
- تاکنون به چه نکاتی دست یافته‌ایم؟ نگاه عمومی و نگاه کارکنان بخش سلامت در مورد سازوکار آن چیست؟
- آیا نظام موجود می‌تواند پاسخ‌گوی نیازهای هزاره سوم باشد؟
- ۶- سرمایه‌گذاری در بخش نیروی انسانی چگونه خواهد بود؟
- در آینده به چه تعداد نیرو نیاز داریم؟ سیاست‌گذاری مربوط به آن با توجه به نیروی مازاد چه خواهد شد؟ به چه تعداد دانشکده نیازمندیم؟ و برای ایجاد بهره‌وری مناسب در نیروی انسانی، نحوه و میزان پرداخت‌ها چگونه باید باشد؟
- ۷- گزینه‌های مختلف برای منابع مالی کدامند؟
- نظام‌های مختلف تامین منابع مالی در جهان کدامند؟ کشورها در این خصوص با چه فشارهایی مواجه‌اند؟ و آیا نظام موجود کارآمد و مناسب است؟
- آیا نیاز به اصلاح در این زمینه احساس می‌شود؟ گزینه‌های پیشنهادی کدامند؟
- ۸- چگونه در بخش سلامت سرمایه‌گذاری کنیم؟

- نحوه گسترش خدمات سلامت از نظر تعداد تخت بیمارستانی و مراکز مورد نیاز اعم از خصوصی، دولتی و تعاونی و نیز نظام فناوری اطلاعات و ارتباطات<sup>۱</sup> در بخش بهداشت و درمان در ده سال آینده چگونه خواهد بود؟

- بیمارستان‌ها و مراکز درمانی موجود چه وضعیتی خواهند داشت؟  
- سرمایه‌گذاری در تکنولوژی‌های جدید و نحوه ورود آن‌ها به کشور با توجه به منابع موجود چگونه خواهد بود؟

۹- برای ایجاد تغییر در نظام سلامت، نحوه نگرش به موضوع توزیع مسئولیت‌ها چگونه خواهد بود؟

- اهداف کلیدی ملی در نظام سلامت کدامند؟ و آیا سیاست عدم تمرکز اتخاذ می‌شود؟

- نظام کنترل و پایش چگونه خواهد بود؟

۱۰- نحوه ارتباط نظام سلامت و بخش خدمات اجتماعی چگونه است؟

- آیا ضرورتی برای ادغام بیمه‌ها و خدمات اجتماعی در نظام سلامت وجود دارد؟

- نقطه نظرات دست‌اندرکاران صندوق‌های بیمه‌ای مختلف چیست؟

۱۱- نحوه ارتباط و تعامل بین نظام سلامت، حاکمیت، بخش دولتی و بخش خصوصی چگونه است؟

- آیا نیاز به همکاری وجود دارد؟ مشارکت بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمات جدید به بیماران چگونه باید باشد؟

- نگاه به سایر بخش‌های اثرگذاری در نظام سلامت مانند: ایمنی راه‌ها، کشاورزی، تغذیه، محیط زیست، ترافیک، صنعت (به خصوص صنعت خودرو) و ... چگونه است؟

۱۲- نظام سلامت را چگونه می‌توان ارتقا بخشید و نابرابری‌های موجود در آن را از میان برداشت؟

- هدف ملی برای حذف نابرابری‌های بخش سلامت چیست و چگونه سیاست‌گذاری می‌شود؟

- چگونه می‌توان منابع مربوط به بخش سلامت را در مناطق محروم افزایش داد؟

- چگونه می‌توان خدمات مربوط به سلامت را در مناطق محروم با مناطق برخوردار یکسان کرد؟

- نحوه نگرش به گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان، زنان، سالمندان، فقرا و... در نظام سلامت چگونه است و چگونه باید باشد؟
- ۱۳- اولویت‌های کلینیکی در نظام سلامت کدامند و چگونه اولویت‌بندی می‌شوند؟
- اولویت‌بندی و غربالگری بیماری‌ها و نحوه پرداختن به آن‌ها چگونه است؟
- برای تحقیق موارد یاد شده چه سرمایه‌گذاری صورت گرفته است؟
- ۱۴- نحوه ارتباط میان طب پیشگیری، خدمات درمانی، حوادث و بیماری‌های شغلی و بازتوانی چگونه است؟
- نحوه نگرش به سلامت فردی و اجتماعی و عوامل اثرگذار بر محیط آن (فیزیکی، اجتماعی، روانی و معنوی) چگونه است؟

## منابع

- ۱- باقری لنکرانی کامران، درآمدی بر عدالت در نظام سلامت، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شیراز، شیراز، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، فروردین ۱۳۸۹
- ۲- جنتی علی، جباری بیرامی حسین، سطح‌بندی خدمات در نظام سلامت، تبریز، انتشارات شروین، ۱۳۹۱.
- ۳- داودی سعید، مقدمه‌ای بر اصلاحات نظام سلامت، تهران، نشر آثار معاصر، ۱۳۸۷.
- ۴- داودی سعید، سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن، تهران، نشر آثار معاصر، ۱۳۸۶.
- ۵- سیاری علی‌اکبر، مفتون محمدعلی، عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در آیین قضات، اداره کل روابط عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، موسسه فرهنگی انتشاراتی آیه، ۱۳۸۱
- ۶- طریقت منفرد محمدحسن، اخوان بهیجانی علی، حسن‌زاده علی، اصول و مبانی سیاست ملی سلامت، تهران، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۷.
- ۷- نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، مبانی و مفاهیم مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ویژه‌نامه همایش ارتقاء مدیریت، ۱۵ مردادماه ۱۳۸۳.
- ۸- نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، اشرفیان امیری حسن، مطلق محمداسماعیل، کییر محمدجواد، ملکی محمدرضا، شبستانی منفرد علی، علی‌زاده رضا، ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران: ۱۳۸۷، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره‌ی یازدهم، شماره‌ی ششم، بهمن - اسفند ۱۳۸۸، ص ۵۲ - ۴۶.



## فصل دوم



### سیاست گذاری مبتنی بر شواهد

#### اهداف آموزشی

در پایان این فصل از خواننده انتظار می‌رود بتواند:

- ❑ اهمیت سیاست گذاری در بخش سلامت را بازگو نماید.
- ❑ نگرش‌های مختلف به موضوع سلامت را فهرست نماید.
- ❑ شکل‌های مختلف سیاست در سلامت را نام ببرد.
- ❑ سیاست گذاری مبتنی بر شواهد را تعریف نماید.
- ❑ عوامل موثر بر سیاست گذاری را برشمارد.
- ❑ مراحل کلی که جهت سیاست گذاری، باید رعایت شود را فهرست نماید.
- ❑ سیاست گذاری مبتنی بر شواهد را با پزشکی مبتنی بر شواهد مقایسه کند.
- ❑ سیاست گذاری مبتنی بر شواهد را با سیاست گذاری مبتنی بر عقاید فردی مقایسه نماید.
- ❑ مراحل مختلف سیاست گذاری آگاه از شواهد را نام ببرد.
- ❑ راه‌های جستجوی مطالعات مروری منظم برای جمع‌آوری شواهد را بیان نماید.
- ❑ چگونگی استفاده از اطلاعات مندرج در مطالعات مروری منظم برای تصمیم‌گیری / سیاست گذاری را فهرست نماید.
- ❑ چگونگی انجام پایش و ارزشیابی سیاست را توضیح دهد.

#### هدف کاربردی

در پایان این فصل از خواننده انتظار می‌رود بتواند

- ❑ برای سازمان محل خدمت خود شواهد مورد نیاز برای حل یک مشکل یا مشکلات ارائه نماید.
- ❑ چند مشکل یا مساله سازمانی محل خدمت خود را شناسایی و برای سیاست گذاری آن، شواهد موجود را جمع‌آوری، نقد و ارزیابی کرده و در نهایت در قالب یک خلاصه سیاستی ارائه نماید.



## مقدمه

همان‌گونه که در فصل قبل بیان گردید، در سراسر جهان، توجه به جایگاه و اهمیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی عمومی به منظور تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه در حال گسترش است. در طول قرن گذشته، پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در زمینه ارائه این خدمات، به خصوص در زمینه مراقبت‌های فردی و مراقبت‌های بیمارستانی حاصل شده است اما هم‌چنان در قرن ۲۱، نیاز به تدوین و اجرای برنامه‌های مکمل در نظام سلامت، به منظور کنترل بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، ریشه‌کن نمودن مخاطرات محیطی، اصلاح وضعیت تغذیه‌ای جامعه و تقویت پوشش و کیفیت مراقبت‌های موثر سلامت احساس می‌شود. برای این منظور نیاز است که تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت و نیز افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی که در امر تصمیم‌سازی و سیاست‌گذاری سلامت، مشاوره می‌دهند، مهارت‌های لازم اجتماعی، سیاسی و سازمانی را کسب نمایند تا قادر باشند تغییرات سلامت را در سطح بین‌المللی، ملی و منطقه‌ای هدایت کرده یا به وجود آورند.

در این فصل سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و اصول مرتبط با آن تشریح می‌گردد. در ابتدا تعریف واژه‌هایی که در این زمینه مطرح می‌شوند، ارائه و سپس اهمیت سیاست‌گذاری در بخش سلامت، نگرش‌های مختلف به موضوع سلامت، تاریخچه و اهمیت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، عوامل موثر بر سیاست‌گذاری، مراحل سیاست‌گذاری و نکات مرتبط مورد بحث قرار می‌گیرد.

## واژه‌های متداول در حوزه سیاست‌گذاری

**سیاست<sup>۱</sup>:** منظور از سیاست برنامه‌هایی است که در سطح کلان در سازمان‌ها مطرح بوده و در هر سطح معنی خاص خود را دارد. مثلاً، در سطح وزارت بهداشت سیاست تشویق بخش خصوصی، در سطح شهرستان‌ها سیاست تشویق مراقبت‌های پیشگیرانه و در سطح فنی، مواردی مانند برنامه‌های واکسیناسیون را در بر می‌گیرد. باید توجه داشت که سیاست‌ها در خلأ به وجود نمی‌آیند و اغلب نتیجه تحلیل‌هایی هستند که با قضاوت‌های ارزشی آمیخته می‌شوند.

**سیاست‌گذاران<sup>۲</sup>:** افرادی هستند که سیاست‌ها را در سطح سازمان‌ها تدوین می‌نمایند.

---

1- Policy  
2- Policy makers

خبرگان سیاست<sup>۳</sup>: گروه خاصی از سیاست‌گذاران هستند که جایگاه بالایی در یک سازمان دارند و اغلب دسترسی ویژه‌ای به دیگر اعضای مهم سازمان‌های دیگر دارند.

فرایند سیاست‌گذاری<sup>۴</sup>: مجموعه اقداماتی است که از طریق آن، سیاست‌ها مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرند، تدوین و تصویب می‌گردند، اجرا می‌شوند و در نهایت مورد ارزشیابی قرار می‌گیرند.

### چرا سیاست‌گذاری در بخش سلامت اهمیت دارد؟

۱) سلامت، یکی از اساسی‌ترین نیازهای همه انسان‌هاست و هیچ یک از افراد جامعه را نمی‌توان از آن بی‌نیاز دانست. سلامت فرد و جامعه در گرو ارائه خدماتی با کیفیت و متناسب با نیاز مردم است. به موجب اصل بیست و نهم قانون اساسی، برخورداری از تامین اجتماعی شامل بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث، سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه، حقی همگانی بوده و دولت موظف است از محل درآمدهای عمومی و درآمد‌های حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی یادشده را برای احاد جامعه تامین کند اما بخش قابل توجهی از توان دولت در این زمینه صرف تامین و ارائه خدمات شده و بخش سیاست‌گذاری، نظارت و ارزشیابی در آن کم رنگ جلوه می‌نماید.

«آمارتیا سن»<sup>۵</sup> برنده جایزه نوبل معتقد است سلامت همانند آموزش از مهارت‌های اساسی محسوب می‌شود که به زندگی انسان‌ها ارزش می‌دهد. به عقیده «کوفی عنان» (دبیر کل سابق سازمان ملل متحد)، سلامت خوب و مناسب، خواسته همه انسان‌ها اعم از مرد و زن در تمام جهان است و وجود مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌ها، از مهم‌ترین دغدغه‌های کلیه جوامع بوده و سلامت جز حقوق اساسی بشر قلمداد می‌شود. خرد حاکم بر کلیه فرهنگ‌ها «سلامت را ثروت می‌دانند»؛ زیرا سلامت موجب ایجاد ظرفیت تکاملی افراد و امنیت اخلاقی آن‌ها در آینده می‌شود. سلامت مبنای بهره‌وری شغلی، ظرفیت یادگیری (در مدرسه) و توانایی برای رشد جسمی، روحی و هوشی است.

۲) در بسیاری از کشورها، بخش سلامت، بخش مهمی از اقتصاد است. برخی بخش سلامت را به یک اسفنج تشبیه می‌کنند که مقادیر وسیعی از منابع ملی را جذب می‌نماید تا به پرسنل به کار گرفته شده در

3- Policy elites  
4- Policy process  
5- Amartya Sen

حیطه سلامت، پرداخت شود و برخی آن را به عنوان راننده اقتصاد بر می‌شمرد که ابداع<sup>۶</sup> و سرمایه‌گذاری<sup>۷</sup> در زمینه تکنولوژی‌های بیومدیکال یا تولید و فروش فرآورده‌های دارویی یا بیمه نمودن یک جمعیت سالم که از نظر اقتصادی، مولد می‌باشند، از طریق آن انجام می‌گیرد.

به بیان اقتصادی، سلامت و آموزش دو وجه اساسی سرمایه انسانی است که به قول برندگان جایزه نوبل «تئودور شولتز»<sup>۸</sup> و «گری بکر»<sup>۹</sup>، مبنای بهره‌وری اقتصادی انسان‌ها بوده و عامل اساسی در کاهش فقر، رشد اقتصادی و توسعه درازمدت در کلیه جوامع محسوب می‌شود. جهش‌های بزرگ در تاریخ اقتصاد کشورها مانند رشد سریع انگلستان بعد از انقلاب صنعتی، رشد سریع آمریکا و ژاپن در اوایل قرن بیستم و ... مدیون بهبود در سلامت عمومی، کنترل بیماری‌ها و بهبود تغذیه (که موجب افزایش انرژی و بهره‌وری نیروی کار و کاهش آسیب پذیری در مقابل عفونت‌ها می‌شود) بوده است. هزینه اقتصادی بیماری‌های قابل پیشگیری بسیار بالاست، بیماری موجب کاهش میزان درآمد سرانه و نیز درآمد افراد در طول زندگی آن‌ها می‌شود. در کشورهای در حال توسعه، بیماری‌های مسری، مرگ مادران و سوء تغذیه، فقرا را بیشتر در معرض آسیب قرار می‌دهد و این گروه بیشتر در معرض مخاطرات حاصل از بیماری قرار می‌گیرند؛ زیرا اولاً، اطلاع و دسترسی کمتری به بهداشت، تغذیه، زندگی سالم و مراقبت‌های درمانی دارند. ثانیاً، به دلیل هزینه بالا کمتر به دنبال درمان بیماری خود هستند و ثالثاً، پرداخت مستقیم هزینه‌های درمانی، آن‌ها را بیشتر در ورطه فقر فرو می‌برد. برآوردهای آماری نشان می‌دهد، هر ده درصد بهبود در میزان امید به زندگی در بدو تولد، حداقل ۰/۳ تا ۰/۴ رشد اقتصادی را (البته در صورت ثابت بودن سایر عوامل) به همراه دارد. رشد اقتصادی نه تنها نیازمند سلامت و آموزش است، بلکه به سایر سرمایه‌گذاری‌های مکمل مانند تقسیم مناسب نیروی کار بین بخش عمومی و خصوصی، بازارهایی با کارکرد مناسب، حکومت خوب و ترتیبات نهادی برای تشویق پیشرفت فن‌آوری هم نیاز دارد. بنابراین، اگرچه نمی‌توان گفت سرمایه‌گذاری در بخش سلامت می‌تواند مشکلات مربوط به توسعه را حل کند، ولی می‌توان ادعا کرد که، سرمایه‌گذاری در این بخش باید به نقطه محوری توسعه و استراتژی‌های مربوط به فقرزدایی تبدیل شود. هم‌چنین، در کشور ما حدود ۵/۷ درصد از تولید ناخالص داخلی صرف هزینه‌های بهداشت و درمان می‌شود، ولی مطالعه هزینه‌های خانوار، بیانگر آن است که نزدیک به ۶۰ درصد از هزینه‌های مربوط به سلامت به صورت

6 - Innovation

7- Investment

8- Teodore Schultz

9- Gary Becker

مستقیم توسط مردم پرداخت شده و حدود چهار درصد از خانوارها به ناچار متحمل هزینه‌های کمرشکن ناشی از بروز بیماری‌ها می‌گردند.

۳) سلامت، از طریق تصمیم‌گیری‌های مختلف، تحت تاثیر قرار می‌گیرد، مثلاً فقر، آلودگی آب، بهداشت نامناسب فاضلاب و سایر عوامل نامناسب محیطی، سلامت مردم را متاثر می‌سازد، از سوی دیگر سیاست‌های اقتصادی مانند قیمت‌های سیگار و الکل می‌توانند بر روی رفتار مردم اثر بگذارند. گسترش چاقی در میان بسیاری از جوامع، به سبب افزایش دریافت کالری مازاد، در دسترس بودن غذاهای آماده ارزان قیمت، فروش برخی نوشیدنی‌ها در مدارس و کاهش فرصت ورزش و فعالیت بدنی است، پس درک رابطه بین سیاست‌گذاری در سلامت و سلامت (به عنوان پیامد این سیاست‌گذاری) اهمیت دارد.

### نگرش‌های مختلف به موضوع سلامت

به‌منظور تدوین سیاست‌ها در جهت دستیابی به هدف، ضرورت دارد که در ابتدا نگرش اصلی کشور به موضوع سلامت تبیین شده و سپس سیاست‌گذاری بر اساس آن صورت پذیرد. باید توجه داشت که واژه سلامت دارای معنای وسیعی است و به تعبیر سازمان جهانی بهداشت عبارت است از: «وضعیت احساس خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی، و نه فقط فقدان بیماری و ناخوشی». بنابراین، مواردی مانند فقر، آموزش، تغذیه، اشتغال، دسترسی به آب آشامیدنی سالم، بهداشت محیط، شرایط زندگی و ... را نیز در بر می‌گیرد، اما سلامت و مراقبت‌های سلامتی تنها بخش کوچکی را شامل می‌شود. مطالعات انجام شده بیانگر چهار نگرش اصلی به موضوع سلامت می‌باشد که عبارت است از:

#### ۱. سلامت به عنوان حق: بر اساس این تعریف، حکومت موظف است کلیه موانع دسترسی به

سلامت را از میان بردارد و شرایط لازم را برای حفظ سلامت آحاد جامعه فراهم کند. در این صورت، مراقبت‌های سلامتی فقط جزئی از سلامت محسوب می‌شود.

#### ۲. مراقبت‌های سلامتی به عنوان حق: در این نگرش، دسترسی عادلانه به مراقبت‌های سلامتی،

هدف اصلی بوده و دسترسی به مراقبت‌های پایه سلامت در کلیه سطوح اولویت دارد و در نهایت، نتیجه همه تلاش‌ها باید تبدیل به حق مثبت در این زمینه شود. البته حق زمانی مثبت تلقی می‌شود که محقق گردد. به طور مثال، اگر دولت وعده تامین هفته‌ای سه لیوان شیر را برای کودکان حق بداند و آن را تامین کند، حق مثبت تلقی می‌شود اما چنانچه مصرف سه وعده خاویار را برای آحاد مردم حق دانسته ولی آن را تامین نکند، حق منفی تلقی می‌شود.

۳. **سلامت به عنوان کالای مصرفی:** در این دیدگاه، سلامت از نگاه افراد مهم بوده و حکومت مسئولیت خاصی در تامین آن ندارد. وظیفه حکومت، محدود به تضمین کیفیت مراقبت‌ها (مانند سایر کالاها) شده و وظیفه‌ای در برابر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت ندارد.
۴. **سلامت به عنوان سرمایه‌گذاری:** در این نگاه، سلامتی به عنوان حفظ توانایی و بهره‌وری نیروی کار تلقی می‌شود که از طریق کاهش میزان غیبت در کار و کاهش آثار معلولیت‌زا، بر تولید تاثیر می‌گذارد. در این صورت، سلامت وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف تلقی می‌شود.

### شکل‌های مختلف سیاست‌گذاری:

- به طور کلی، سیاست‌گذاری بر دو نوع است : ۱- سیاست‌گذاری‌های عمومی<sup>۱۰</sup> ۲- سیاست‌گذاری‌های خصوصی<sup>۱۱</sup>
- سیاست‌گذاری‌های عمومی، سیاست‌هایی هستند که توسط سطوح رسمی و حاکمیتی، تدوین و اجرا می‌شوند مانند سیاست‌های دولت.
- سیاست‌گذاری‌های خصوصی، شامل سیاست‌هایی هستند که توسط سازمان‌های خصوصی تدوین و اجرا می‌گردند مانند سیاست‌های یک شرکت خصوصی
- سیاست‌های عمومی، خود به دو گروه تقسیم می‌شوند : ۱- سیاست‌های تخصیصی<sup>۱۲</sup> ۲- سیاست‌های تنظیمی<sup>۱۳</sup>
- سیاست‌های تخصیصی، سیاست‌هایی هستند که جهت ایجاد منافع خاص، برای گروه‌های مشخصی از افراد یا سازمان‌ها طراحی شده‌اند تا اطمینان حاصل شود که اهداف عمومی دولت/ حکومت، حاصل شده است مانند انواع یارانه‌ها.
- سیاست‌های تنظیمی، سیاست‌هایی هستند که جهت تاثیرگذاری بر فعالیت‌ها، رفتارها و تصمیمات دیگران، اتخاذ می‌شوند تا اطمینان حاصل شود که اهداف عمومی دولت/ حکومت، حاصل شده است. سیاست‌های تنظیمی را به ۵ گروه می‌توان تقسیم کرد:

---

10- Public Policy  
11- Private Policy  
12- Allocative  
13- Regulatory

- ۱- مقررات اجتماعی<sup>۱۴</sup>: مقرراتی هستند که به منظور کسب نتایج مطلوب اجتماعی و کاهش عواقب و پیامدهای نامطلوب اجتماعی، اتخاذ می‌شوند مانند مقررات حفاظت محیط، برنامه ایمن‌سازی کودکان و ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی
- ۲- کنترل کیفیت<sup>۱۵</sup>: این مقررات، بدین منظور در نظر گرفته می‌شوند تا اطمینان حاصل گردد که سطوح پذیرفته شده کیفیت کالاها و خدمات و نیز استانداردهای مربوط به تولید و... رعایت می‌شوند یا خیر، مثلاً اطمینان حاصل شود که ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، خدمات با کیفیت مطلوب را ارائه می‌نمایند یا تولیدکنندگان محصولات مرتبط با سلامت، استانداردهای ایمنی و اثربخشی را رعایت می‌نمایند. مقررات FDA<sup>۱۶</sup> در خصوص فراورده‌های دارویی و مقررات پرداخت مبتنی بر عملکرد<sup>۱۷</sup> نیز نمونه‌هایی از این مقررات می‌باشند.
- ۳- محدودیت‌های ورود به بازار<sup>۱۸</sup>: این مقررات، بر روی فرایندهای صدور مجوز سازمان‌ها و موسسات موسسات تمرکز می‌نمایند مانند صدور گواهی صلاحیت پزشکان برای امتیازات بیمارستان.
- ۴- کنترل نرخ یا تنظیم قیمت<sup>۱۹</sup>: مقرراتی هستند که جهت کنترل افزایش قیمت‌ها، اتخاذ می‌شوند مانند کنترل رسمی دولت بر روی نرخ بازپرداخت به بیمارستان‌ها.
- ۵- کنترل‌های حفظ بازار<sup>۲۰</sup>: مقرراتی هستند که جهت حفظ و توسعه مشتریان اتخاذ می‌شوند.

### پنج شکل اصلی سیاست‌ها در حوزه سلامت

در حوزه سلامت نیز سیاست‌ها عموماً به پنج شکل دیده می‌شوند:

۱. قوانین<sup>۲۱</sup>: قواعدی که به طور رسمی توسط سازمان‌های مرتبط با قانون‌گذاری یا روسای کنترل-کننده جامعه، تدوین شده‌اند.
۲. مقررات<sup>۲۲</sup>: قواعدی هستند که جهت هدایت اجرای قوانین طراحی شده‌اند، به عنوان مثال قواعدی که دولت از آن استفاده می‌کند تا روی افراد و نهادهای مختلف تأثیر بگذارد تا بتوانند رفتار خود را تغییر دهند.

---

14- Social Regulations  
 15- Quality Controls  
 16- Food and Drug Administration  
 17- Pay for Performance (P4P) regulations  
 18- Market-entry Restrictions  
 19- Rate or Price-setting  
 20- Market-preserving Controls  
 21- Laws



۳. **تصمیمات اجرایی<sup>۲۳</sup>:** تصمیماتی که جهت پیگیری اجرای قوانین اتخاذ می‌شوند شامل تدوین پروتکل‌ها و شیوه‌نامه‌های اجرایی. این تصمیمات، کمتر از مقررات، دائمی و ماندگار هستند (احتمال تغییر در آنها بیشتر است).
۴. **تصمیمات مبتنی بر قضاوت<sup>۲۴</sup>:** سیاست‌هایی که بر مبنای تصمیمات اتخاذ شده در سیستم قضایی، به وجود می‌آیند.
۵. **سیاست‌های کلان<sup>۲۵</sup>:** سیاست‌های کلی و گسترده‌ای هستند که تعقیب سلامت در یک جامعه را از طریق روش‌های اساسی و زیربنایی، شکل می‌دهند مانند برنامه پنج ساله توسعه اقتصادی و اجتماعی یا چشم‌انداز ۲۰ ساله.

### سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد<sup>۲۶</sup> چیست؟

منظور از شواهد<sup>۲۷</sup>، نتایج تحقیقات نظام‌مند و همه‌جانبه جهت افزایش دانش است و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و به عبارت دیگر تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد (EBP) رویکردی است که به افراد کمک می‌کند در تصمیم‌گیری‌های خود، با اطلاعات بیشتری اقدام نمایند و از بهترین شواهدی که در دسترس می‌باشد، در جهت استقرار، اجرا و توسعه سیاست‌ها استفاده نمایند (Davies, 2004).

EBP مجموعه‌ای از روش‌هاست که به فرایند سیاست‌گذاری، اطلاعات می‌دهد نه این‌که مستقیماً بر روی اهداف احتمالی سیاست‌ها تأثیر بگذارد. EBP بر مبنای این ایده استوار است که در تصمیم‌گیری‌ها (سیاست‌گذاری)، باید از اطلاعات شواهد موجود، بهره‌برداری گردد، ضمناً اطلاعات مورد استفاده باید تجزیه و تحلیل منطقی داشته باشند.

### اهمیت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

EBP می‌تواند تأثیرات قابل ملاحظه‌ای در کشورهای مختلف از جمله در کشورهای در حال توسعه داشته باشد. استفاده بهتر از شواهد در سیاست‌گذاری و فعالیت‌ها، می‌تواند به نجات جان افراد کمک نماید، فقر

---

22- Rules /Regulations  
 23- Operational Decisions  
 24- Judicial Decisions  
 25- Macro Policies  
 26- Evidence –Based Policymaking  
 27- Evidence

را کاهش دهد و عملکرد توسعه‌ای در کشورهای در حال رشد را ارتقا بخشد، به عنوان مثال دولت تانزانیا در پروسه اصلاحات نظام ارائه خدمات سلامت خود از نتایج بررسی‌های انجام شده بر روی بیماری خانم-های خانه‌دار استفاده کرد و توانست ۴۰ درصد میزان مرگ و میر شیرخواران را در فاصله سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۲ در دو منطقه پایلوت کاهش دهد، از سوی دیگر بحران HIV/AIDS در برخی کشورها عمیق‌تر شده است که علت آن عدم بهره‌مندی دولت‌ها از شواهد می‌باشد به عنوان مثال این دولت‌ها از آنچه که علل زمینه‌ساز بیماری هستند و چگونگی پیشگیری از انتشار این بیماری، غفلت نموده‌اند.

### تاریخچه سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

استفاده از شواهد برای سیاست‌گذاری، یک ایده جدید نیست. در یونان باستان، آریستوتل<sup>۲۸</sup> به این مساله توجه داشت که جهت تدوین قوانین، باید انواع مختلف اطلاعات مورد استفاده قرار گیرند. در کشور انگلستان اصطلاح EBP، از سال ۱۹۹۷ با تأکیدهای حکومت بلر<sup>۲۹</sup> اهمیت و ترویج یافته است و متعاقب آن بسیاری از کشورها از EBP استقبال کردند. در حکومت بلر، اعلام گردید که سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر تصمیم رهبری خاتمه خواهد یافت، به عنوان مثال در سال ۱۹۹۹ اوراقی از سوی حکومت منتشر گردید (تحت عنوان "حکومت مدرنیزه") و در آن به این مساله توجه گردید که حکومت باید سیاست‌هایی را اتخاذ نماید که به طور واقعی به مسائل و مشکلات جامعه می‌پردازد، برنامه‌ها و سیاست‌ها باید آینده‌نگر باشند و بر مبنای شواهد تدوین شوند نه این‌که پاسخی به فشارهای کوتاه مدت باشند.

اصطلاح "سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد"، از "پزشکی مبتنی بر شواهد" اقتباس شده است (در ادامه همین فصل، در خصوص پزشکی مبتنی بر شواهد و مقایسه اجمالی آن با سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد مطالبی آورده شده است)

در خصوص سیاست‌گذاری در حوزه سلامت نیز، در طول بیست سال گذشته، دو تفکر، نقش عمده‌ای در شکل‌گیری سیاست‌های سلامت در کشورهای مختلف داشته‌اند، یکی سیاست مراقبت‌های اولیه سلامت<sup>۳۰</sup> که مبنای سیاست‌های سلامت در بیشتر کشورها در دهه ۱۹۹۰ میلادی بود و دیگری سیاست‌های اصلاحات در نظام سلامت<sup>۳۱</sup> که به خصوص در طول ۱۰ سال گذشته مورد تأکید قرار گرفته است.

28- Aristotle

29- Blair Government

30- Primary Health Care (PHC)

31- Health Sector Reform

سیاست مراقبت‌های اولیه سلامت<sup>۲۵</sup> بر مبنای بیانیه کنفرانس مشترک یونیسف و سازمان جهانی بهداشت که در سال ۱۹۷۸ میلادی در آلماتای قزاقستان صادر گردید شکل گرفت. در این کنفرانس، دستیابی به هدف "سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی" هدف آرمانی نظام سلامت جهانی تعیین گردید. این رویکرد تغییر عمده‌ای را در نحوه نگرش به وضعیت سلامت و تلاش در جهت بهبود شرایط سلامت اقشار ضعیف جامعه ایجاد نمود. در اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی، بسیاری از کشورها با وجود گرایش به موضوع مراقبت‌های اولیه سلامت، در برابر چالش‌های سلامت پاسخ‌گو نبودند. بخش سلامت در این کشورها متمرکز، خنثی، ناکارآمد و غیرموثر بوده و بخش عمومی مهم‌ترین تولید کننده خدمات سلامت محسوب می‌شد که ناچار بود در صورت رکود اقتصادی و کمبود بودجه دولت، مصارف دولتی را کاهش دهد و این امر بر زیرساخت‌های سلامت و مصارف آن اثرگذار بوده است، بدین لحاظ برای اولین بار اصول قابل قبول اطلاعات در بخش سلامت<sup>۲۶</sup> در سال ۱۹۹۳ میلادی، در گزارش توسعه جهانی<sup>۲۷</sup> اعلام گردید. با استقرار ساز و کارهای اصلاحات در بخش سلامت در برخی کشورها، درک بیشتری نسبت به آن صورت گرفت و مشخص شد که مدل واحدی برای آن وجود ندارد و هر کشوری با توجه به زمینه‌های مختلف بخش سلامت خود، نگاه‌های متفاوتی به آن دارد، در عین حال اصول مشترکی نیز در بیشتر برنامه‌های اصلاحات در بخش سلامت وجود دارد.

### عوامل موثر بر سیاست‌گذاری

در خصوص عواملی که بر سیاست‌گذاری و اتخاذ تصمیم‌ها تاثیر می‌گذارند، اندیشمندان نظرات مختلفی ارائه نموده‌اند که در ادامه، به تعدادی از آنها اشاره می‌شود:

◀ ویس (Weiss, 1977) چهار عامل در قالب 4I را به عنوان عواملی که بر روی سیاست‌ها اثر می‌گذارند، برشمرده است:

- ۱- دانش و ایده‌ها (Information)
- ۲- علایق (Interests)
- ۳- ایدئولوژی‌ها (Ideologies)
- ۴- موسسات و سازمان‌ها (Institutions)

◀ دیویس (Davies, 2004) اعلام داشت علاوه بر شواهد، ۷ فاکتور دیگر هم هستند که در سیاست‌گذاری‌ها (به خصوص سیاست‌گذاری‌های دولت) اثر گذارند:

- ۱- تجربه و تخصص
- ۲- قضاوت
- ۳- منابع
- ۴- اصول و ارزش‌های حاکم
- ۵- عادات و سنت‌ها
- ۶- گروه‌های فشار
- ۷- احتمالات و کاربست‌ها<sup>۳۳</sup>

◀ وینسنت کابل (Vincent Cable, 2004) پنج عامل (Five S) را به عنوان عواملی که سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد را محدود می‌نمایند (عوامل باز دارنده) بر شمرده است:

- ۱- سرعت (Speed): سیاست‌گذاران تحت فشار زمانی هستند.
- ۲- اعمال نفوذ (Superficiality): هر سیاست‌گذاری باید حوزه‌های مختلفی را پوشش دهد پس نمی‌تواند در خصوص همه مسائل در تمامی مناطق تابعه خود، اشراف داشته باشد. بدین لحاظ به اطلاعاتی که دیگران در اختیار وی قرار می‌دهند، وابسته است. پس برای سیاست‌گذاری، این مساله اهمیت دارد که سیاست‌گذاران به توصیه‌های چه کسانی توجه می‌کنند و چگونه در خصوص توصیه‌هایی که به آن‌ها می‌شود قضاوت می‌نمایند.
- ۳- چرخش اولویت‌ها (Spin): در دنیای سیاست، دیدگاه‌های مردم دارای اهمیت زیادی است. به عنوان مثال، گرچه شواهدی نشان داده است که سیاست ضرب و شتم توسط پلیس، مقرون به صرفه و موثرترین راه استفاده از منابع اداره پلیس نیست، اما این رفتار پلیسی، هنوز اولویت داده می‌شود زیرا دیدگاه عمومی بر این است که این کار می‌تواند امنیت جامعه را ارتقا بخشد.
- ۴- محرمانه بودن (Secrecy): چگونگی ارتباط یافتن با شواهدی که محرمانه هستند، دارای اهمیت زیادی می‌باشد. به عنوان مثال، یادداشت محرمانه تونی بلر در جهت استفاده از سلاح‌های تخریب جمعی در کشور عراق.

۵- جهل علمی (Scientific Ignorance): سوءظن نسبت به دانش و دانشمندان، در میان عموم مردم، در حال گسترش می‌باشد و این امر، بر روی سیاست‌ها اثر خواهد گذاشت. به عنوان مثال، تقاضای عمومی برای به صفر رساندن حوادث ریلی، در حالی که حوادث جاده‌ای (که خسارت جانی و جسمانی گسترده‌تری دارند) توسط مردم تحمل شده است. این تقاضای عمومی و جهل علمی، سبب خواهد شد که در سیاست‌گذاری‌ها، در بخش ایمنی ریلی، بیشتر از ایمنی جاده‌ای سرمایه‌گذاری گردد.

← لیستر (Leicester, 1999) هفت عامل را به عنوان دشمنان سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، نام برده است:

- ۱- منطق بروکراتیک<sup>۳۴</sup>: منطقی که می‌گوید "کارها درست هستند، چون همیشه به این روش انجام شده‌اند".
- ۲- خط تحتانی<sup>۳۵</sup>: منطق محیط تجارت و ابزار توان عملیاتی که با این منطق همراه است، به عنوان مثال هیچ‌گاه مقدار سود نباید از این خط تحتانی، کمتر باشد.
- ۳- اجماع<sup>۳۶</sup>: اجماع، نیازمند مشورت‌های گسترده است تا آنچه که مورد نظر است به‌دست آید و متعاقب این مشورت‌ها هم فعالیت‌های کاری زیادی از سوی تمامی گروه‌های علاقمند به موضوع اجماع، درخواست می‌شود تا محدودیت‌های حل موضوع، تعیین گردند و رضایت همگان، جلب شود.
- ۴- سیاست‌ها<sup>۳۷</sup>: سیاست، معماری "مکان‌پذیرها" است نه آنچه که منطقی است یا آنچه که ممکن است به بهترین شکل، کار کند.
- ۵- فرهنگ خدمات عمرانی<sup>۳۸</sup>: این نگرش، بی‌اعتمادی شدید نسبت به اطلاعاتی است که در خارج از سیستم، تولید می‌شوند.
- ۶- مکتب کینیسیسم<sup>۳۹</sup>: نگرش فکری است که به ما اجازه می‌دهد در طول چشم‌انداز سازمان یا عقل متعارف، حرکت کنیم حتی اگر بدانیم که این دید، اشتباه است.
- ۷- زمان: نه تنها فضای بسیار محدودی برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، موجود است بلکه به ندرت فرصتی برای فکر کردن، در اختیار می‌باشد.

---

34- Bureaucratic logic  
 35- bottom line  
 36- Consensus  
 37- Politics  
 38- Civil service culture  
 39- Cynicism

◀ والت و گیلسون (Walt and Gilson, 1994) برای معرفی محورهای مهم موثر بر سیاست‌گذاری، از این عوامل به عنوان "مثلث سیاست‌گذاری در بخش سلامت" نام برده‌اند (شکل ۱).



شکل (۱). مثلث سیاست‌گذاری در بخش سلامت (Walt and Gilson, 1994)

این مثلث یک رویکرد ساده به ارتباطات بین‌بخشی جهت سیاست‌گذاری در بخش سلامت است و بر این اصل تاکید دارد که چهار عامل مهم در سیاست‌گذاری سلامت تاثیرگذار هستند. این چهار عامل با یکدیگر در تعامل و ارتباط می‌باشند. به عنوان مثال، عملگرها تحت تاثیر بافتی که در آن زندگی و کار می‌کنند، قرار می‌گیرند. بافت از عوامل متعددی مانند عدم ثبات، ایدئولوژی، تاریخ و فرهنگ تاثیر می‌پذیرد و فرایند سیاست‌گذاری، تحت تاثیر عملگرها و جایگاه آن‌ها در ساختار قدرت و ارزش‌ها و انتظارات این عملگرها قرار می‌گیرد و محتوای سیاست، بیانگر بخشی یا تمامی ابعاد مذکور می‌باشد.

عملگرها<sup>۴۰</sup> شامل افراد حقیقی، گروه‌ها و سازمان‌هایی هستند که در سطح بین‌المللی، ملی و منطقه‌ای در سیاست‌گذاری تاثیر می‌گذارند. مانند رئیس جمهور، گروه‌های حمایت از کودکان، سازمان‌های مردم نهاد (NGOs)، بانک جهانی و.... به عنوان مثال، اگر بخواهیم عملگرهایی که در سیاست‌گذاری سلامت در زمینه بیماری HIV/AIDS در کشور ایران دخیل هستند، فهرست نمائیم می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

❖ دولت (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، مراکز بهداشت شهرستان‌ها و واحدهای تابعه آن‌ها اعم از مراکز بهداشتی درمانی، پایگاه‌های بهداشتی و خانه‌های بهداشت)

❖ سازمان‌های غیردولتی (NGOs) مانند انجمن حمایت از بیماران ایدزی

❖ سازمان‌های بین‌المللی (مانند WHO, UNAIDS, بانک جهانی, Global Fund)

❖ تشکل‌های بیماران HIV/AIDS در ایران

بافت<sup>۴۱</sup> عبارت است از عوامل عمومی (اعم از عوامل سیاسی، اقتصادی و اجتماعی) چه در سطح ملی و چه چه در سطح بین‌المللی که بر روی سیاست‌های بخش سلامت تاثیر می‌گذارند. راه‌های مختلفی برای طبقه‌بندی عوامل بافتی<sup>۴۲</sup> وجود دارد. یکی از روش‌های مفید، طبقه بندی لیچر (Leichter, 1979) است که عوامل بافتی را به چهار دسته تقسیم نموده است:

۱- عوامل وضعیتی<sup>۴۳</sup>: شرایط عموماً موقتی و غیردائمی که می‌توانند بر سیاست‌گذاری تاثیر بگذارند (مانند جنگ، خشک‌سالی، بلایای طبیعی مانند زمین لرزه و ...).

۲- عوامل ساختاری<sup>۴۴</sup>: اجزای نسبتاً غیرقابل تغییر جامعه هستند. این عوامل عبارتند از: وضعیت سیاسی، سیاسی، وضعیت اقتصادی و اشتغال، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و پیشرفت‌های تکنولوژی در جامعه.

۳- عوامل فرهنگی<sup>۴۵</sup>: به عنوان نمونه در جوامعی که به لحاظ فرهنگی، زنان نمی‌توانند به آسانی به خدمات بهداشتی و درمانی دسترسی داشته باشند (چون باید همراه همسران‌شان مراجعه کنند) یا در مناطقی که ابتلا به برخی بیماری‌ها (مانند سل یا ایدز) یک انگ<sup>۴۶</sup> محسوب می‌شود ممکن است در

---

40- Actors

41- Context

42- Contextual Factors

43- Situational

44- Structural

45- Cultural

46- Stigma

سیاست‌گذاری سلامت، ارائه خدمات در منازل مدنظر قرار گیرد. از سوی دیگر عوامل مذهبی هم تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر سیاست‌گذاری دارند. به عنوان مثال برخی مذاهب، شیوه‌های پیشگیری از بارداری را نمی‌پذیرند.

۱- عوامل خارجی یا بین‌المللی<sup>۴۷</sup>: برخی از مسائل مرتبط با سلامت، علاوه بر این که در سطح منطقه‌ای و ملی مورد توجه هستند، در سطح خارجی و بین‌المللی نیز حائز اهمیت فراوانی می‌باشند. به عنوان نمونه ریشه‌کنی فلج اطفال در بسیاری از مناطق جهان رخ داده است و در حال حاضر ویروس وحشی فلج اطفال فقط در مناطق بسیار محدودی از دنیا دیده می‌شود. بدیهی است پتانسیل انتقال ویروس به کشورهای همسایه، وجود دارد و این مساله باید در سیاست‌گذاری سلامت کشورهای همسایه مدنظر قرار گیرد.

### محورهای مهم مورد تاکید در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

سه موضوع مهمی که در جهت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد باید مورد توجه باشند عبارتند از:

۱. چه شواهدی در فرایند سیاست‌گذاری، مورد استفاده قرار گیرند؟  
اطلاعات جمع‌آوری شده برای سیاست‌گذاری، باید بر مبنای طیف وسیعی از شواهد باشند نه فقط یک تحقیق. هم‌چنین کیفیت<sup>۴۸</sup>، اعتبار<sup>۴۹</sup> و ارتباط شواهد با موضوع سیاست‌گذاری<sup>۵۰</sup> و نیز هزینه<sup>۵۱</sup> سیاست‌ها هم باید مورد توجه قرار گیرند.
۲. چگونه از نتایج شواهد موجود، در سیاست‌گذاری بهره‌برداری شود؟  
در شرایط ایده‌آل، فرایند سیاست‌گذاری، دارای مراحل مختلفی است: از بیان مساله و تنظیم دستور کار گرفته تا تدوین سیاست، اجرا و ارزشیابی برنامه. در هر یک از این مراحل، شواهد و راهبردهای مختلفی برای تصمیم‌گیری نیاز می‌باشند.
۳. شواهد، تنها عاملی نیستند که بر سیاست‌گذاری تاثیر می‌گذارند.  
در هر مرحله از چرخه سیاست‌گذاری، عوامل مختلفی می‌توانند بر روی فرایند سیاست‌گذاری تاثیرگذار باشند، به عنوان مثال تجربه، تخصص و قضاوت شخصی خود فرد سیاست‌گذار (به عنوان عوامل فردی) یا

47- International

48- Quality

49- Credibility

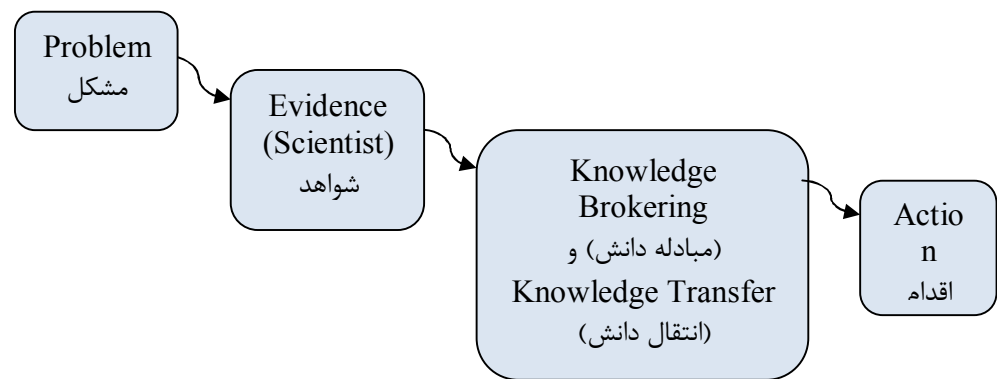
50- Relevance

51- Cost



ظرفیت سازمان (به عنوان یک عامل سازمانی) در تصمیم‌گیری، تاثیر گذارند، هم‌چنین تعدادی عوامل بازدارنده وجود دارند که مانع از به‌کارگیری گسترده از شواهد، در فرایند سیاست‌گذاری می‌شوند مانند فشار در جهت تسریع فرایند که مانع از جمع‌آوری مناسب شواهد برای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری می‌گردد.

برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در واحدهای دولتی، سیاست‌گذاران، باید ارزش شواهد را درک نمایند، اطلاعات بیشتری در خصوص شواهد قابل دسترسی کسب نمایند، باید بدانند که چگونه به این شواهد دسترسی یابند و قادر باشند ارزیابی نقادانه<sup>۵۲</sup> از شواهد موجود به عمل آورند. باید پل‌های سازمانی<sup>۵۳</sup> ساخته شوند تا ادغام سیاست و شواهد، تقویت گردد (شکل ۲).

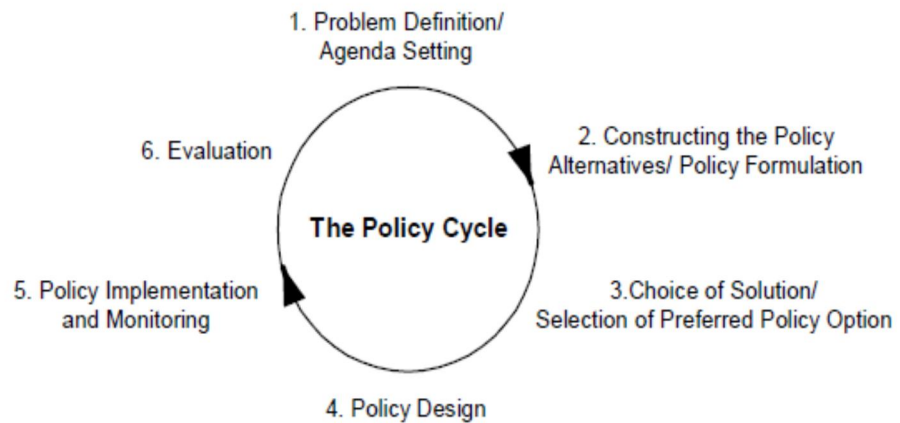


شکل (۲). ایجاد پل‌های سازمانی برای ادغام سیاست و شواهد

#### مراحل سیاست‌گذاری (چرخه سیاست‌گذاری)<sup>۵۴</sup>

در شکل (۳) مدلی مفهومی از چرخه سیاست‌گذاری، ترسیم شده است. البته فرایند سیاست‌گذاری، خطی یا دایره‌ای نیست اما نگاه کردن به واژه‌هایی که در چرخه زیر نام برده شده است به ما کمک می‌کند تا دریابیم فرایند سیاست‌گذاری چگونه انجام می‌شود یا چگونه باید انجام شود.

52- Critical Appraisal  
53- Institutional Bridges  
54-The Policy Cycle



Source: Young and Quinn (2002)

شکل (۳). مراحل سیاست‌گذاری (منبع: Young and Quinn، سال ۲۰۰۲)

همان‌گونه که در شکل ملاحظه می‌شود مراحل سیاست‌گذاری عبارتند از:

(۱) تعریف مساله/ تنظیم دستور کار

(۲) تدوین سیاست (چارچوب کلی، استراتژی‌ها و اقدامات)

(۳) انتخاب راه حل/ موضوع سیاست

(۴) طراحی سیاست

(۵) اجرای سیاست

(۶) پایش و ارزشیابی

برای استفاده از شواهد در هر یک از مراحل سیاست‌گذاری، باید به موضوعات خاصی توجه داشت. به عنوان مثال در تنظیم دستور کار، باید به دنبال شواهدی باشیم تا ابعاد مساله را به خوبی نمایان سازد و مشخص شود که گستردگی مساله تا چه حد است. در این زمینه، اعتبار شواهد و راه دستیابی به شواهد، اهمیت زیادی دارند. در مرحله تدوین سیاست، باید به دنبال شواهدی باشیم که نشان دهند فعالیت‌های مختلف، چه پیامدهایی داشته‌اند، هم‌چنین باید هزینه و تاثیر نهایی مداخلات مختلف را جستجو نماییم. در مرحله اجرای سیاست هم، پژوهش‌های عملی و پروژه‌های پایلوت که بتوانند اثربخشی اقدامات انجام

گرفته را نشان دهند، به سیاست‌گذار کمک خواهند کرد. در استقرار و اجرای سیاست‌ها، توجه به این نکته اهمیت دارد که شواهد جمع‌آوری شده به طور عملی با فرهنگ و بافت جامعه هدف، متناسب باشند. به بیان دیگر اگر چرخه سیاست‌گذاری با تأکید بر شواهد باشد سئوالات زیادی مطرح می‌گردد که الزاماً باید به آن‌ها پاسخ داده شود. موارد زیر حداقل سئوالاتی هستند که ممکن است در هر فرایند سیاست‌گذاری مطرح گردند و باید با جستجو و جمع‌آوری شواهد به دنبال پاسخ آن‌ها باشیم:

❖ چه چیزی (ترکیب جمعیتی، بروز و شیوع بیماری‌ها، نیازمندی‌ها، منابع و امکانات) در این جمعیت یا منطقه به شکل ویژه وجود دارد؟

❖ این سیاست یا برنامه، اصولاً برای چه هدفی طراحی شده است؟

❖ این سیاست و برنامه، برای چه گروهی از مردم طراحی شده است؟

❖ این سیاست برای چه سازمان‌ها و موسسات دیگری حایز اهمیت است؟

❖ در حال حاضر چه کسانی با عملیاتی شدن این سیاست بهره‌مند می‌شوند؟

❖ در حال حاضر این سیاست برای چه گروه(های) جمعیتی یا اجتماعی حایز اهمیت بیشتری است؟

❖ چه خصوصیاتی در این گروه(ها)ی هدف وجود دارد که باعث تمایز آن(ها) از سایرین می‌گردد؟

❖ چگونه می‌توان به این گروه(ها) خدمت‌رسانی کرد؟

❖ با عملیاتی شدن این سیاست، چه آثار سوء احتمالی ظاهر خواهد شد؟

❖ آیا امکانات موجود برای عملیاتی شدن این سیاست، کافی است؟

❖ اگر به منابع بیشتری برای عملیاتی شدن این سیاست، نیاز باشد، آیا امکان فراهم‌آوری این منابع وجود دارد؟

❖ آیا با عملیاتی شدن این سیاست، تغییر معناداری در شاخص‌ها ایجاد شده است؟

❖ در شرایط فعلی با عملیاتی شدن این سیاست به چه موفقیت‌هایی دست یافته‌ایم و با چه

چالش‌هایی مواجه می‌باشیم؟

❖ آیا ادامه اجرای این سیاست کماکان ضرورت دارد؟

❖ برای ادامه کار، چه تغییراتی در این سیاست باید اعمال گردد؟

برای روشن شدن موضوع به پژوهشی که در جهت ارزیابی چرخه سیاست‌گذاری در حوزه سلامت ایران انجام گرفته اشاره می‌نماییم، ضمناً در پیوست (۲) مستنداتی که جهت دوره آموزشی تربیت مربیان و

کارشناسان خبره دانشگاه علوم پزشکی ایران در خصوص موضوع "از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد تا ارزیابی اثر نهایی سیاست" به عنوان مراحل اجرایی کار مد نظر قرار گرفته، به عنوان نمونه آورده شده است.

### اصول و مبانی سیاست ملی سلامت در مطالعه تطبیقی ایران

در مطالعه تطبیقی اصول و مبانی سیاست ملی سلامت در ایران، برای فرایند تنظیم سیاست ملی سلامت، شش مرحله مد نظر قرار گرفته است که با مراحل سیاست‌گذاری که در بالا ذکر گردید، شباهت‌ها و تفاوت‌هایی دارد:

تعریف مساله، تشخیص علل پدید آمدن آن، تدوین سیاست، تصمیم‌گیری سیاسی و سپس اجرای برنامه‌ها و ارزشیابی پیامدهای آن‌ها. بدیهی است با شکل‌گیری مسائل جدید که سیاست‌گذاران باید به آن‌ها بپردازند، چرخه یادشده دوباره فعالیت خود را آغاز می‌کند.

در این مطالعه، مراحل مختلف چرخه سیاست‌گذاری، به شرح زیر بیان شده است:

#### ۱- بیان مساله

یکی از مهم‌ترین مراحل سیاست‌گذاری در بخش سلامت که بیش از همه مورد غفلت قرار می‌گیرد، بیان مساله است.

اگر نگرش ما به بخش سلامت به عنوان یک وسیله باشد و نه یک هدف، می‌توان مسائل را به صورت پیامد تعریف کرد. یکی از این پیامدهای مهم، وضعیت سلامت در جامعه است که می‌توان آن را با پرسش - هایی مانند «افراد چقدر عمر می‌کنند؟ چه ناتوانی‌هایی دارند؟ و این ناتوانی‌ها در گروه‌های جمعیتی مختلف چه تفاوت‌هایی دارد؟» مورد بررسی قرار داد.

دومین مجموعه از پیامدها، میزان رضایت‌مندی حاصل از مراقبت‌های سلامت در میان شهروندان جامعه است. سومین مجموعه از پیامدها، محافظت از افراد در برابر فشارهای مالی ناشی از درمان بیماری‌ها می‌باشد.

## ۲- تشخیص علل پدید آمدن

پس از بیان مساله بر مبنای پیامدهای نظام سلامت، اقدام بعدی عبارت است از تلاشی واپس‌نگر برای شناسایی عوامل ایجادکننده نتایج غیررضایت‌بخش. مجریان بخش سلامت باید از طریق جستجو در آنچه که پنج اهرم کنترل بخش سلامت نامیده می‌شود، به بررسی علل مسائل بپردازند. اهرم کنترل نظام سلامت، امری است که با اقدام حکومت قابل تعدیل است. علاوه براین، تعدیل یا تغییر در اهرم کنترل باید عامل تعیین‌کننده و قابل ملاحظه برای عملکرد نظام سلامت باشد. به بیان دیگر، اهرم‌های کنترل نشان‌دهنده جنبه‌های مجزایی از ساختار و کارکرد نظام سلامت است که برای عملکرد نظام سلامت اهمیت قابل توجهی دارند و به عنوان بخشی از اصلاحات نظام سلامت در آن‌ها تغییراتی ایجاد می‌شود. تنها عواملی که بتوانند در عملکرد نظام سلامت نقش قابل ملاحظه و تعیین‌کننده‌ای داشته باشند، اهرم کنترل محسوب می‌شوند. این اهرم کنترل عبارتند از:

الف- تامین مالی: سازوکارهایی که منابع مالی را برای فعالیت در بخش سلامت تامین می‌کنند عبارتند از: مالیات، حق بیمه و پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران. مؤسسات جمع‌آوری‌کننده منابع مالی (مانند شرکت‌های بیمه و صندوق‌های بیمه اجتماعی) و تخصیص منابع برای اولویت‌های مختلف نیز بخشی از این اهرم کنترل محسوب می‌شوند.

ب- پرداخت: روش‌های پرداخت هزینه به ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت (پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر کارکنان بخش سلامت) از قبیل: دستمزد ثابت، کارانه، پرداخت سرانه و بودجه. این روش‌ها به نوبه خود با ایجاد انگیزه، بر چگونگی رفتار ارائه‌کنندگان خدمات تاثیر می‌گذارد. پرداخت‌های مستقیم بیماران نیز در این اهرم کنترل می‌گنجد.

ج- سازماندهی: سازوکارهایی که دست اندرکاران بخش سلامت برای تاثیرگذاری بر مجموعه‌ای مختلط از ارائه‌کنندگان خدمات در بازار مراقبت سلامت، ساختار این بازارها، نقش‌ها، کارکردها و چگونگی کارکرد داخلی این ارائه‌کنندگان، از آن‌ها استفاده می‌کنند. این سازوکارها شامل اقداماتی است که بر رقابت، تمرکززدایی و کنترل مستقیم ارائه‌کنندگان خدمات دولتی می‌پردازند، تاثیر می‌گذارد و این موارد را در بر می‌گیرد: چه کسی چه کاری را انجام می‌دهد؟ چه کسی با چه کسی رقابت می‌کند؟ و نیز جنبه‌های مدیریتی کارکرد داخلی ارائه‌کنندگان خدمات از قبیل نحوه انتخاب مدیران و شیوه پاداش‌دهی به کارکنان چگونه است؟

د- وضع مقررات: استفاده از اقدامات الزام‌آور از سوی دولت برای تغییر رفتار مجریان بخش سلامت شامل ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت، شرکت‌های بیمه و بیماران. البته تدوین مقررات به معنی پذیرش و اجرای آن نیست. مجریان بخش سلامت باید با توجه به نکات مورد نظر، رعایت مقررات مورد انتظار را نیز تضمین نمایند.

ط- رفتار: اقدامات لازم برای تاثیرگذاری بر فعالیتهایی است که افراد (هم ارائه‌کنندگان خدمات و هم بیماران) درخصوص سلامت و مراقبت سلامت انجام می‌دهند. این اهرم کنترل، موارد مختلفی از برنامه رسانه‌های گروهی در مورد مصرف سیگار، تغییرات در رفتارهای جنسی برای پیشگیری از ابتلا به ویروس ایدز و استفاده از انجمن‌های پزشکی برای تاثیر بر رفتار پزشکان (به عنوان مثال القای مصرف کاذب) گرفته تا متقاعد ساختن شهروندان برای پذیرش محدودیت در انتخاب ارائه‌کنندگان خدمات صرف نظر از درخواست‌های بی‌فایده و بعضاً مضر را شامل می‌شود.

اهرم‌های کنترل همه مسائل را توضیح نمی‌دهند. عوامل فرهنگی و ساختاری هم بر پیامدهای بخش سلامت تاثیر می‌گذارند. به عنوان مثال درک علت فقدان کارکرد موثر نهادهای قانون‌گذار و ناظر بر آن در کشور، ممکن است مستلزم درک نهادهای سیاسی و سنت‌های فرهنگی آن کشور و از جمله سرمایه‌های اجتماعی آن باشد. این‌ها عواملی هستند که مجریان بخش سلامت به آسانی قادر به تغییر آن‌ها نیستند.

### ۳- تدوین سیاست

هنگامی که علل پدید آمدن یک مساله شناسایی شد، سوال بعدی این خواهد بود، که چه باید کرد؟ راه حل صحیح این مساله چیست؟ چه سیاست مناسبی را می‌توان برای رفع موانع اتخاذ کرد؟ فرایند تدوین سیاست و سیاست‌گذاری بسیار مشکل‌تر از آن چیزی است که در ابتدا به نظر می‌رسد. در تدوین سیاست مواردی وجود دارد که عبارتند از:

☞ / ایده‌های جدید: تفکر انسانی به شدت تحت الشعاع پندارها و عادت‌هاست. حرفه‌های مختلف معمولاً اعضای خود را با الگوی خاصی آموزش می‌دهند و روش فکر کردن را از طریق تمرین و تجربه تقویت می‌کنند. به عنوان مثال، اقتصاددانان تمایل دارند به همه چیز با زبان قیمت و بازار نگاه کنند، در حالی که متخصصان بهداشت عمومی تا حد زیادی بر همه‌گیری شناسی و پیشگیری تمرکز دارند. هنگامی که سازمان‌های قدرتمندی مانند سازمان جهانی بهداشت، الگوی خاصی را در حیطه‌ای مشخص می‌پذیرند و آن را ترویج می‌دهند، تغییر مشکل‌تر می‌شود، ولی

به هر حال تجارب سایر ملل یا تجربه سازمان‌های بین‌المللی، اولین منبع ایده‌های جدید محسوب می‌شود. به طور قطع از آنجا که شرایط اقتصادی و نهادهای سیاسی در کشورها متفاوتند، لازم است ایده‌های برگرفته از دیگر کشورها با شرایط محلی هر کشور سازگار و بومی‌سازی شود. ابتکارات و نوآوری سیاست‌ها در خارج از بخش سلامت، منبعی دوم برای ایده‌های جدید به شمار می‌رود و منبع سوم، مباحث نظری است.

☞ *آینده‌نگری:* به منظور ایجاد طرحی موثر برای بهبود بخش سلامت، مجریان ناچارند از پیش در اندیشه مراحل تصمیم‌گیری سیاسی و اجرا نیز باشند و سیاست‌ها را با توجه به آن‌ها طراحی کنند. بخشی از تفکر آینده‌نگر به سیاست‌گذاران این امکان را می‌دهد تا طرح‌های پیشنهادی متفاوت را ارزشیابی نمایند.

☞ *فرایند طراحی:* طراحی برنامه‌هایی به‌منظور تغییر در سیاست‌های ملی سلامت به همان اندازه که تحلیلی است، جنبه سیاسی هم دارد. این امر، هم محتوای ایده‌های اصلاحات و هم فرایند شکل‌گیری این ایده‌ها را در بر می‌گیرد. فرایند طراحی، مرحله کلیدی در جلب حمایت‌ها برای اصلاحات محسوب می‌شود. از این رو، فرایند تدوین سیاست باید باعث ایجاد طرحی شود که از نظر فنی مناسب و از نظر سیاسی امکان‌پذیر باشد.

#### ۴- تصمیم‌گیری سیاسی

پذیرش یک طرح پیشنهادی برای تغییر، اغلب بر تصمیم‌گیری سیاسی در شاخه‌های قانون‌گذاری و اجرایی حکومت متمرکز است. اصلاحات بخش سلامت به‌طور معمول با چالش‌های سیاسی دشواری مواجه است. گروه‌های ذی‌نفع سازمان‌یافته (مانند پزشکان، شرکت‌های تولیدی و واردکننده تجهیزات پزشکی، صاحبان بیمارستان‌ها و صنعت داروسازی) که منافع زیادی در نظام فعلی دارند ممکن است با انجام تغییرات مخالفت کنند. از سوی دیگر، کسانی که قرار است از این تغییرات سود ببرند (برای مثال بیماران، فقرا و محرومان)، اغلب از قدرت و سازماندهی کمتری برخوردارند. برخی از افراد درونی در نظام سلامت که قرار است به صورت بالقوه از اصلاحات سود ببرند (مانند پزشکان جدیدی که باید تربیت شوند)، چون هنوز وجود ندارند، پس نمی‌توانند نقش موثری را در این زمینه ایفا کنند.

در فضای تصمیم‌گیری‌های سیاسی، همیشه آینده سهم کمتری نسبت به گذشته دارد. وظیفه سیاسی در تمامی وضعیت‌ها، ایجاد ائتلاف قوی حمایتی است؛ این امر به معنای شناسایی گروه‌ها و افرادی است که از قدرت سیاسی کافی برای قبولاندن سیاست پیشنهادی برخوردارند. علاوه بر این، کار سیاسی فقط با

پذیرش یک طرح پایان نمی‌یابد، بلکه در خصوص این‌که آیا اصلاحات به صورتی دلسوزانه و درست اجرا می‌شود یا خیر هم نقش مهمی دارد.

## ۵- اجرا

تغییر در بخش سلامت همیشه نیازمند تغییر در رفتار سازمان‌ها و افراد است. بدون چنین تغییراتی، هیچ امر جدیدی پدید نخواهد آمد. با این حال، مقاومت در برابر تغییر تقریباً همیشه وجود دارد. یکی از دلایل این مقاومت، عوامل روان شناختی است. اقدامات و ساختارهای جدید، غریبه و ناآشنا بوده و همین جدید بودن، در بسیاری از افراد ایجاد اضطراب و مقاومت می‌کند. عامل دیگری که مانع تغییر می‌شود، دشواری صرف نظر از راه‌های آشنای قبلی است. الگوهای ریشه‌دار فکری و رفتاری که به آهستگی تکامل یافته و در گذشته خوب جواب داده‌اند می‌توانند مانعی قوی در برابر اصلاحات باشند.

## ۶- ارزشیابی

ارزشیابی‌کنندگان با تجربه می‌دانند که هر ارزشیابی موفقی باید (حتی) پیش از اجرای هر برنامه جدیدی شروع شود. تعیین آثار هر سیاست جدیدی در تغییر دنیای پیرامون، کاری دشوار است. ساده‌ترین رویکرد ارزشیابی، مقایسه وضعیت قبل و بعد است. این روش، تغییر پیامدها را که در طی زمان و با اجرای اصلاحات اتفاق می‌افتد، بررسی می‌کند. در این راستا باید به چند نکته توجه داشت: اولاً جمع‌آوری داده‌ها رایگان نیست و معمولاً برای داشتن داده‌های بهتر باید هزینه بیشتری پرداخت. برنامه مطلوب ارزشیابی باید میان هزینه‌ها و مفید بودن داده‌ها تعادل لازم را برقرار کند. ثانیاً هزینه گردآوری داده‌ها متعلق به کسانی است که گزارش‌ها را تهیه می‌کنند. اگر تامین داده‌های خوب پرهزینه باشد و منابع کافی برای آن در نظر گرفته نشود، داده‌های نامناسبی گردآوری خواهد شد. در مجموع، ارزشیابی باید یکی از نکات اولیه مورد توجه مجریان بخش سلامت باشد. برای ارزشیابی نمی‌توان تا اجرای برنامه صبر کرد. داده‌های پایه‌ای باید پیش از اجرا جمع‌آوری شده و نظام‌های اجرایی طوری طراحی شوند که ارزشیابی را مدنظر داشته باشند.



### طب مبتنی بر شواهد<sup>۵۵</sup> چیست و با سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد چه تفاوتی دارد؟

ساده‌ترین تعریفی که می‌توان از طب مبتنی بر شواهد ارائه داد عبارت است از: "استفاده از بهترین شواهد علمی موجود برای هدایت تصمیم‌گیری‌های بالینی." از بدو تولد طب مبتنی بر شواهد در اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی در دانشگاه مک‌مستر کانادا (توسط G. Guyatt و همکاران) تاکنون، تعاریف بی‌شماری برای آن ارائه شده است. سازمان‌ها و افراد مختلف برای کاربردی کردن طب مبتنی بر شواهد تعاریف خاصی را ارائه کرده‌اند که با وجود ظواهر متفاوت، تفاوت چندانی با هم ندارند.

طب مبتنی بر شواهد یک فرایند پنج مرحله‌ای است که مراحل آن عبارتند از:

۱. تنظیم یک سؤال قابل پاسخ دادن

۲. جستجوی شواهد

۳. ارزیابی نقادانه شواهد

۴. کاربرد شواهد

۵. ارزشیابی عملکرد

#### تنظیم یک سؤال قابل پاسخ دادن

تنظیم یک سؤال بالینی نقطه آغاز فرایند طب مبتنی بر شواهد است. سؤال بالینی معمولاً از درون برخوردهای بالینی با بیماران یا موقعیت‌های آموزشی به وجود می‌آید. سؤال بالینی باید یک قالب مشخص داشته باشد تا جستجوی آن آسان باشد. بدین منظور از الگوی استفاده می‌شود که از ساختار مطالعات کارآزمایی بالینی به وجود آمده است. این الگو که به الگوی پیکو (PICO) مشهور است، شامل چهار جزء زیر می‌باشد:

← جمعیت / مشکل (Population/Problem)

← مداخله (Intervention)

← مداخله مقایسه (Comparison intervention)

← پیامد (Outcome)

الگوی پیکو (PICO) از کنار هم قرار دادن حروف اول لاتین این چهار جزء به وجود می‌آید. بنابراین، هر سؤال بالینی، اعم از این که این سؤال به علل، تشخیص، درمان، پیش‌آگهی یا پیشگیری بیماری و یا

ارتقای کیفیت مراقبت‌ها مرتبط باشد، باید در قالب الگوی پیکو ارائه شود تا در پایگاه‌های داده‌های علوم پزشکی قابل جستجو باشد.

#### جستجوی شواهد

زمانی که سؤال بالینی خود را براساس الگوی پیکو تنظیم کردیم باید برای جستجوی شواهد در منابع و پایگاه‌های علمی موجود اقدام کنیم. خوشبختانه وجود پایگاه‌های اطلاعاتی علوم پزشکی، جستجو را بسیار راحت کرده است. کلید جستجو را سؤال بالینی ما تشکیل می‌دهد. بدین معنی که بر اساس اجزای سؤال بالینی (پیکو) یک راهبرد جستجو تهیه می‌کنیم و با استفاده از این راهبرد، شواهد مورد نیاز برای پاسخ دادن به سؤال بالینی را جستجو می‌کنیم.

#### ارزیابی نقادانه شواهد

پس از جستجو و یافتن مقالات مرتبط لازم است شواهد را نقادانه ارزیابی کنیم. قبل از هر چیز باید مشخص کنیم کدام مقالات را باید ارزیابی کنیم. ابتدا باید مقاله یا مقالاتی را که به سؤال نزدیک به سؤال بالینی ما پاسخ داده‌اند، برای ارزیابی نقادانه انتخاب کنیم. بدین منظور، قسمت چکیده مقاله را مطالعه می‌کنیم و از درون آن سؤال مطالعه را استخراج می‌کنیم و با سؤال بالینی خود مقایسه می‌نماییم. اگر سؤال پاسخ داده شده در مطالعه به سؤال بالینی ما نزدیک بود، مقاله را برای ارزیابی نقادانه انتخاب می‌کنیم در غیراین صورت آن را کنار می‌گذاریم. در جریان ارزیابی نقادانه شواهد، باید اطمینان پیدا کنیم که نتایج مطالعه واقعی هستند و سوگیری و عوامل مخدوش کننده در آن تأثیر نداشته‌اند. به عبارت دیگر، باید روایی یا اعتبار نتایج مطالعه را ارزیابی کنیم. نکته حائز اهمیت این است که برای ارزیابی نقادانه شواهد علمی نیز از الگوی پیکو استفاده می‌کنیم.

#### کاربرد شواهد

کمتر اتفاق می‌افتد که مطالعه‌ای عیناً به سؤال مشابه سؤال بالینی ما پاسخ دهد. حتی اگر چنین باشد انتقال نتایج یک مطالعه به یک بیمار منفرد، بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های زیستی احتمالی بیمار با جمعیت مطالعه و ملاحظات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی امکان‌پذیر نمی‌باشد. این مرحله از فرایند طب مبتنی بر شواهد یکی از تامل برانگیزترین و دشوارترین مراحل می‌باشد.

این مرحله تاکید می‌کند که حتی اگر مطالعه‌ای به سؤال مشابه سؤال بالینی ما پاسخ داده باشد و ارزیابی نقادانه اطمینان دهد که نتایج مطالعه از صحت کامل برخوردار است، نمی‌توان نتایج مطالعه را به‌طور مستقیم به بیمار منفرد تعمیم داد.

#### ارزشیابی عملکرد

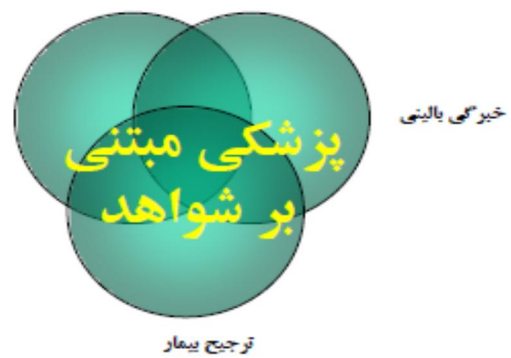
فرایند طب مبتنی بر شواهد یک فرایند یادگیری مستمر می‌باشد. باید با ارزشیابی منظم عملکرد خود در رابطه با استفاده از طب مبتنی بر شواهد، مشخص کنیم چه چیزی به دانش تخصصی خود اضافه کرده‌ایم و چه مقدار مهارت‌های خود در زمینه طب مبتنی بر شواهد را افزایش داده‌ایم. ارزشیابی عملکرد، انباشت دانش و مهارت‌های ما را در زمینه کاربرد طب مبتنی بر شواهد نشان می‌دهد که فراتر از کاربرد موردی طب مبتنی بر شواهد در رابطه با تک تک بیماران است. اساساً ارزشیابی عملکرد، هم پیشرفت‌ها و هم مشکلات را نشان می‌دهد. با در دست داشتن نتایج ارزشیابی یک دوره از کاربرد طب مبتنی بر شواهد، با بصیرت بیشتری وارد دوره دیگری از کاربرد طب مبتنی بر شواهد می‌شویم.

با در نظر گرفتن محورهای فوق در می‌یابیم که پزشکی مبتنی بر شواهد عبارت است از تلفیق ۱. خبرگی فرد درمان کننده با ۲. بهترین شواهد بالینی به دست آمده از مطالعه‌های سایرین (از مطالعات مروری نظام مند و...) و ۳. ارزش‌ها و توقعات بیمار.

از مقایسه عوامل موثر بر EBM با عوامل موثر بر EBP در می‌یابیم که عوامل تاثیرگذار بر تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد تنوع و پیچیدگی بیشتری نسبت به پزشکی مبتنی بر شواهد دارند (شکل ۴).



شواهد پژوهشی



شکل (۴). مقایسه عوامل موثر بر طب مبتنی بر شواهد با سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

### چه چیزی تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد نیست؟

تصمیم‌گیری مبتنی بر عقاید فردی<sup>۵۶</sup> نقطه مقابل تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد است و دارای ویژگی‌های زیر می‌باشد:

- استفاده از شواهد انتخابی برای مثال استفاده از یک مطالعه بدون توجه به کیفیت آن
- نقطه نظرات آزمون نشده اشخاص و یا گروه‌ها که معمولاً برخاسته از خاستگاه‌های عقیدتی، از پیش تصمیم گرفته شده یا فرض‌های احتمالی هستند. بنابراین موارد زیر را می‌توان از خصوصیات تصمیم‌گیری مبتنی بر عقاید فردی برشمرد:

✓ مبتنی بر تجربه

✓ ناخودآگاه

✓ سریع

✓ شهودی

✓ و دارای بار شناختی کم است.

در مقابل سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد از خصوصیات زیر برخوردار است:

❖ منطقی

❖ آگاه

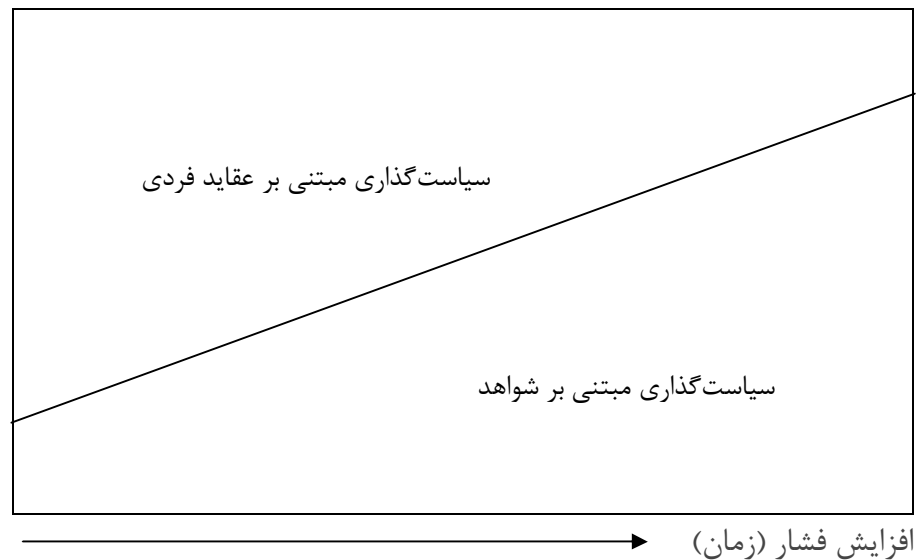
❖ آهسته

❖ با در نظر گرفتن تمامی جنبه‌ها

❖ دارای بار شناختی بیشتر می‌باشد و همین تفاوت‌ها سبب می‌شود که تصمیم‌گیرندگان به

فراوانی از نوع نخست تصمیم‌گیری استفاده کنند، در حالی که شما می‌خواهید نوع دوم را ترویج نمایید.

پویایی سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و مقایسه آن با سیاست‌گذاری مبتنی بر عقاید فردی، در شکل ۵ نشان داده شده است.



شکل (۵). مقایسه پویایی سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد با سیاست‌گذاری مبتنی بر عقاید فردی

#### استفاده از شواهد در مراحل مختلف سیاست‌گذاری

قبلاً چرخه سیاست‌گذاری شرح داده شد و اعلام گردید که مراحل سیاست‌گذاری عبارتند از: (۱) بیان مساله/ تنظیم دستور کار، (۲) تدوین سیاست (چارچوب استراتژی‌ها و اقدامات)، (۳) انتخاب راه حل/ موضوع سیاست، (۴) طراحی سیاست، (۵) اجرای سیاست، (۶) پایش و ارزشیابی آن. در این زمینه یکی از ابزارهای مفید جهت بهره‌برداری، وب سایت SUPPORT و مجموعه مقالات STP است: STP (Supporting Policy Relevant Reviews and Trials) مجموعه مقالاتی است که برای افراد مسئول در تصمیم‌گیری در خصوص سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با سلامت و برای افرادی که این سیاست‌گذاری‌ها را حمایت می‌کنند، مفید می‌باشد. این مجموعه مقالات، به افراد مذکور کمک می‌کند تا اطمینان حاصل نمایند که تصمیم‌گیری آنها بر مبنای اطلاعات مناسب و از طریق بهترین شواهد پژوهشی در دسترس، اتخاذ شده است. این سری مقالات، مجموعه‌ای از ابزارها را معرفی می‌نمایند که برای بررسی و مرور مطالعات مربوط به سیاست‌گذاری‌ها مفید می‌باشد. پروژه SUPPORT در قالب یک همکاری

بین‌المللی شکل گرفته و فعالیت‌های مشارکتی بین کشورهای با درآمد کم و متوسط و سیاست‌گذاران این کشورها با دانشمندان اروپایی فراهم می‌سازد. هریک از مقالات SUPPORT با ۱ تا ۳ سناریو آغاز می‌شود تا خوانندگان بر اساس این سناریوها به بهره‌گیری از ابزارهای مندرج در هر مقاله ترغیب گردند. مقالات SUPPORT در وب سایت [http:// www.support-collaboration.org](http://www.support-collaboration.org) موجود می‌باشند.

### چگونگی استفاده از شواهد در جهت سیاست‌گذاری

در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، نخستین سوالی که مطرح می‌شود، این است که چه شواهدی در فرایند سیاست‌گذاری، مورد استفاده قرار گیرند؟

همان‌گونه که می‌دانیم مطالعات پژوهشی به دو دسته بزرگ تقسیم می‌شوند:

۱- مطالعات توصیفی<sup>۵۷</sup>

۲- مطالعات تحلیلی<sup>۵۸</sup>

مطالعات توصیفی، عبارتند از: بررسی مورد<sup>۵۹</sup>، گزارش موارد<sup>۶۰</sup>، پژوهش‌های پیمایشی مقطعی<sup>۶۱</sup> و پژوهش‌های همبستگی<sup>۶۲</sup>

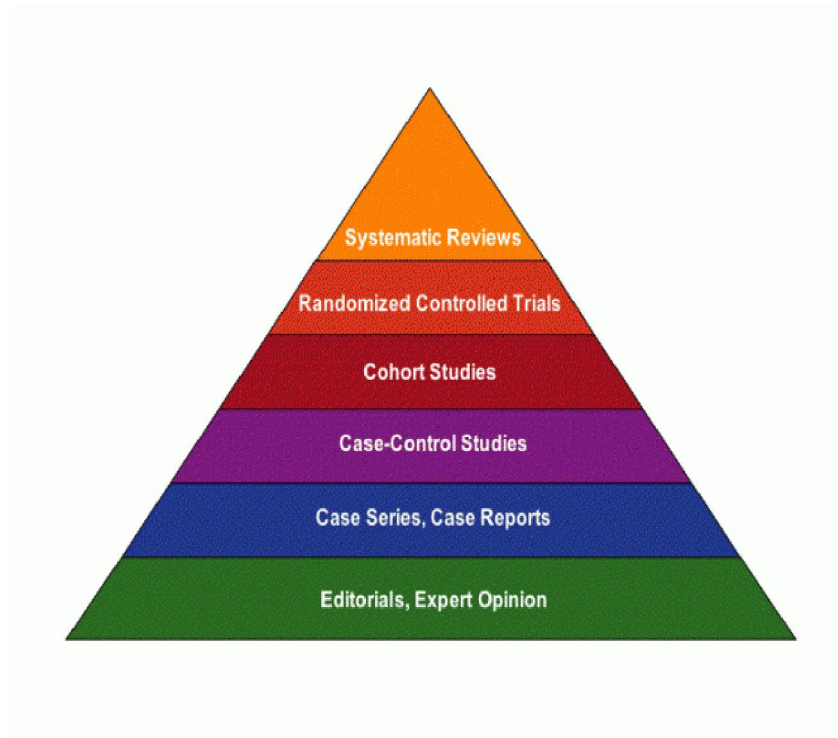
و مطالعات تحلیلی، عبارتند از: مطالعات تحلیلی مشاهده‌ای<sup>۶۳</sup> و مطالعات تحلیلی مداخله‌ای<sup>۶۴</sup>

مطالعات تحلیلی مشاهده‌ای مشتمل است بر پژوهش‌های مقایسه‌ای مقطعی<sup>۶۵</sup>، پژوهش‌های مورد - شاهدی<sup>۶۶</sup>، پژوهش‌های همگروهی<sup>۶۷</sup>

و مطالعات تحلیلی مداخله‌ای عبارتند از کارآزمایی بالینی تصادفی<sup>۶۸</sup>، کارآزمایی‌های میدانی<sup>۶۹</sup> و کارآزمایی‌های اجتماعی<sup>۷۰</sup>.

- 
- 57- Descriptive
  - 58- Analytic
  - 59- Case Studies
  - 60- Case Series
  - 61- Cross Sectional Survey
  - 62- Correlational Studies
  - 63- Observational
  - 64- Interventional
  - 65- Cross- Sectional Comparative Study
  - 66- Case – control
  - 67- Cohort
  - 68- Randomized Controlled Trials
  - 69- Field Trials
  - 70- Community Trials

به‌همین سبب در بهره‌گیری از نتایج مطالعات مختلف (به عنوان شواهد) باید سطح<sup>۷۱</sup> شواهد را در نظر داشته باشیم. در این زمینه، هرم شواهد<sup>۷۲</sup> کمک‌کننده است (شکل ۶). هرچه از قاعده هرم، به قله هرم نزدیک می‌شویم، کیفیت شواهد افزایش می‌یابد.



شکل (۶). هرم شواهد

پیش‌تر اشاره شد که اطلاعات جمع‌آوری شده برای سیاست‌گذاری، باید بر مبنای طیف وسیعی از شواهد باشند نه فقط یک تحقیق، هم‌چنین کیفیت، اعتبار، ارتباط شواهد با موضوع سیاست‌گذاری و نیز هزینه سیاست‌ها هم باید مورد توجه قرار گیرند. در خصوص اعتبار شواهد موجود، در یک زمینه مشخص، مطالعات مروری نظام‌مند<sup>۷۳</sup> بالاترین سطح اعتبار را دارا هستند. یعنی نتیجه‌گیری آن‌ها از سوگیری<sup>۷۴</sup>

71- Level

72- Evidence Pyramide

73- Systematic Reviews

74- Bias



کمتری برخوردار است. مرور نظام‌مند متون عبارت است از اقدام هماهنگ برای شناسایی نظام‌مند کلیه پژوهش‌های اولیه در دسترس، ارزیابی نقادانه این پژوهش‌ها و سنتز (تفسیر) داده‌های مطالعات با کیفیت مطلوب (و در بعضی موارد آنالیز کمی آن‌ها) با یک روش استاندارد و نظام‌مند که برای پاسخ دادن به یک سوال مرتبط با سلامت انجام می‌شود. مطالعات مروری نظام‌مند، منابع کلیدی جهت به‌دست آوردن اطلاعات برای سیاست‌گذاران هستند. برای بازایی و ارزیابی مطالعات مروری نظام‌مند، مراحل به شرح زیر باید انجام گیرد:

۱. مطالعات مروری نظام‌مند مرتبط با موضوع را پیدا کنید.
۲. تصمیم بگیرید که با چه فاصله اطمینانی، نتایج مطالعات مروری مرتبط را می‌پذیرید.
۳. قابلیت کاربری یافته‌های مطالعات مروری نظام‌مند، که منطقی و قابل اعتماد هستند را ارزیابی کنید.
۴. تاثیرات نهایی بالقوه‌ای که بر روی گروه‌های غیرمرفه خواهد داشت را در نظر بگیرید، همچنین استراتژی‌هایی را در نظر داشته باشید که اطمینان دارید بی‌عدالتی را افزایش نمی‌دهند و اگر بی‌عدالتی وجود دارد آن را کاهش خواهند داد.

برای یافتن نتایج مطالعات مروری نظام‌مند، از پایگاه‌های اطلاعاتی (Databases) مختلف، می‌توان استفاده کرد. در پیوست (۱) انواع این پایگاه‌های اطلاعاتی و ویژگی‌های آنها آورده شده است. یکی از این پایگاه‌ها، CCNC Database / PPD<sup>۷۵</sup> است که به صورت برخط (آن لاین) و بدون هزینه در دسترس می‌باشد و بر روی ساز و کارهای حکومتی، اعتباری و ارائه خدمات سیستم‌های سلامت تمرکز می‌نماید.

کتابخانه کوکران<sup>۷۶</sup> از دیگر پایگاه‌ها است که مطالعات مداخله‌ای شامل مقالات مروری، کارآزمایی‌ها و سایر اطلاعاتی که توسط مرکز همکاری کوکران جمع‌آوری می‌شود، را در خود دارد. مرکز همکاری کوکران در سال ۱۹۹۳ در انگلستان استقرار یافت. کتابخانه کوکران مطالعات مروری نظام‌مندی را که به تاثیر نهایی خدمات بهداشتی و درمانی و سیستم‌های سلامت و بالینی می‌پردازند، گردآوری می‌نماید. نشانی آن در اینترنت <http://www.cochrane.org> می‌باشد.

75- Program in Policy Decision-Making Canadian Cochrane Network and Centre

76- Cochrane Library

وب سایت مدلاین و پابمد (PubMed /MEDLINE) نیز پایگاه داده‌های دیگری است که پیوند با چکیده مقالات علمی را امکان پذیر می‌نماید. پابمد (PubMed) پایگاه داده‌ای رایگان مدلاین است که متعلق به کتابخانه ملی طب امریکا می‌باشد. در این پایگاه از سال ۱۹۶۶ تاکنون بیش از ۱۰ میلیون اطلاعات پزشکی ذخیره شده است. نشانی پابمد در اینترنت عبارت است از:

<http://www.pubmed.gov>

بهترین مرورهای منظم در Cochrane Database of Systematic Reviews در کتابخانه کوکران قابل دستیابی هستند.

به‌طور ایده‌آل، باید در سطحی از سطوح شواهد جستجو کنید که بهترین شواهد را ارائه می‌دهد. اگر در آن سطح شواهدی پیدا نشد، در سطح بعدی جستجو کنید، ضمناً، بیشتر مرورهای منظم کوکران در PubMed نیز نمایه می‌شوند.

**پس از یافتن مطالعات مروری نظام‌مند، چگونه از اطلاعات مندرج در این مطالعات برای تصمیم‌**

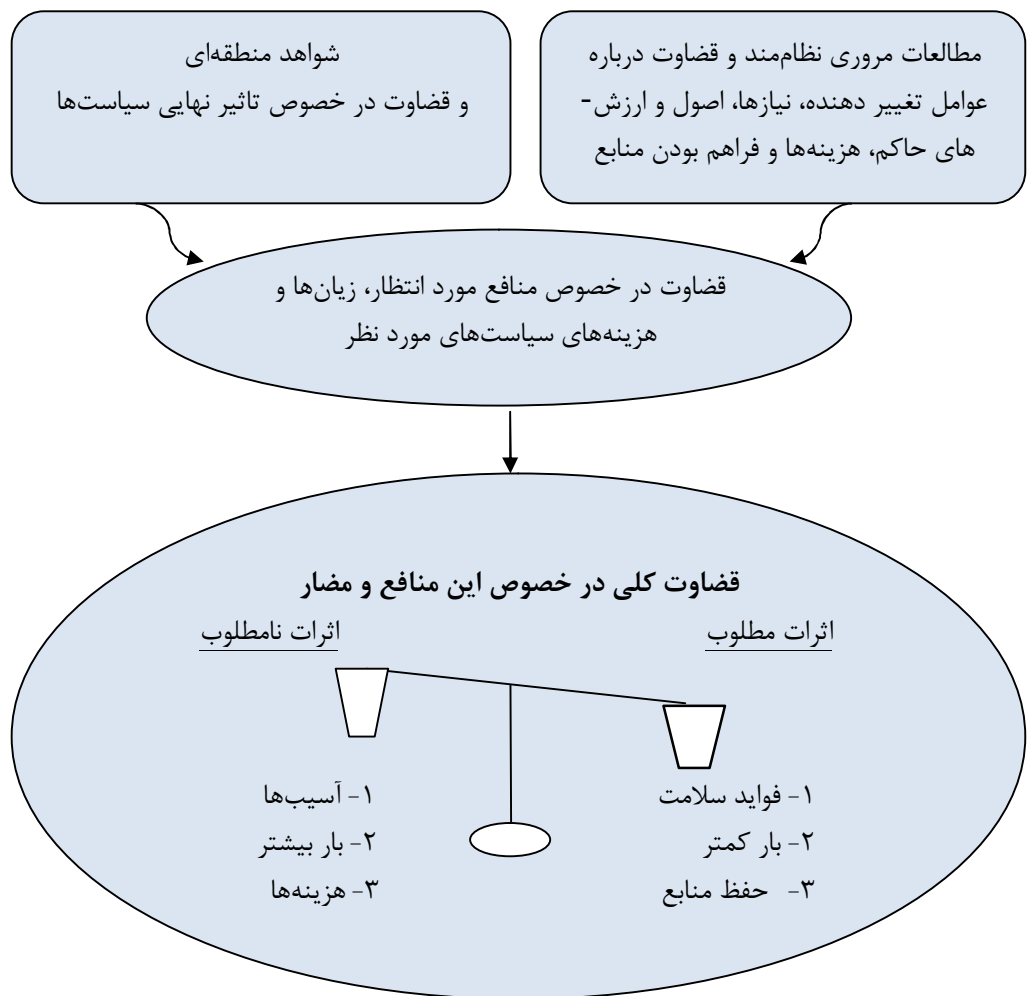
**گیری استفاده نماییم؟**

پژوهش، به تنهایی نمی‌تواند باعث تصمیم‌گیری شود. همواره قضاوت هم نیاز است. قضاوت در خصوص این که از چه شواهدی استفاده شود؟ چگونه شواهد موجود را تفسیر کنیم؟ و میزان اطمینان ما به شواهد موجود چقدر است؟ ضمناً جهت تصمیم‌گیری درباره مسائل مختلف، نیاز است که بدانیم آیا عواقب مطلوب تصمیم ما بیشتر از عواقب ناخواسته آن می‌باشد یا خیر؟ همچنین باید قضاوت کنیم که اثر نهایی<sup>۷۷</sup> تصمیم چگونه است؟ و از سوی دیگر برای استقرار سیاست مورد نظر چه منابعی نیاز می‌باشد؟ در این خصوص ایجاد تعادل بین جنبه‌های مثبت و منفی<sup>۷۸</sup> سیاست‌ها و برنامه‌های بخش سلامت اهمیت دارد (شکل ۷).

بدیهی است اگر برنامه‌ای، فواید زیاد و عواقب نامطلوب محدودی داشته باشد، هزینه کمی داشته و در خصوص شواهد و اهمیت فواید آن، اطمینان کافی به وجود می‌آید. در این صورت این برنامه می‌تواند به عنوان یک اولویت مهم سلامت محسوب شود، در چنین شرایطی تصمیم‌گیری برای استقرار و اجرای آن، دشوار نخواهد بود.

77- Impact

78 - Pros and Cons



شکل (۷). چگونگی برقراری تعادل بین جنبه‌های مثبت و منفی سیاست‌ها و برنامه‌های بخش سلامت

برای ارزیابی نقادانه مطالعات مروری نظام‌مند، باید به موارد زیر توجه کرد:

- ۱- مطالعه چقدر خوب انجام شده است؟  
مطالعات مروری نظام‌مند نیز همچون مطالعات اولیه در معرض انواع سوگیری‌ها قرار دارند. مثل سوگیری در انتخاب<sup>۷۹</sup> مقالات منفرد یا انتخاب مقالات چاپ شده در مجلات خاص<sup>۸۰</sup>، سوگیری در رابطه با اهمیتی که محقق به مقاله می‌دهد و سوگیری در روش تلخیص و ارائه نتایج.
- ۲- آیا مطالعه مروری منظم به یک سؤال کاملاً روشن پاسخ می‌دهد؟  
فرد یا افرادی که یک مطالعه مروری منظم انجام می‌دهند باید مطالعه را برای پاسخ دادن به یک سؤال روشن انجام دهند. شکل‌گیری مطالعه مروری منظم حول یک سؤال مشخص، جریان مطالعه را برای دستیابی به نتایج مشخص هدایت می‌کند.
- ۳- آیا جستجو به یافتن بهترین شواهد منجر شده است؟  
اولین گام برای اجتناب از سوگیری در انتخاب مقالات منفرد، استفاده از روش‌های عینی و منظم برای یافتن مقالات مرتبط با سؤال تحقیق می‌باشد. هر مطالعه مروری منظم باید یک پروتکل جستجو داشته باشد که راهبردهای جستجوی منابع را به روشنی نشان دهد. جستجو شامل جستجو در کتابخانه کوکران و پایگاه‌های داده‌ای مهم می‌باشد. چون پایگاه‌های اطلاعاتی، همه مطالعات را شامل نمی‌شوند و نیز تعدادی از مقالات را نمی‌توان با استفاده از کلید واژه‌های مورد استفاده پیدا کرد، لازم است مجلات مرتبط، خلاصه مقالات کنفرانس‌ها و منابع و مآخذ مقالات بازبایی شده به صورت دستی جستجو شوند. به طور ایده‌آل، جستجو باید مقالات انگلیسی زبان و غیرانگلیسی زبان را شامل شود.
- ۴- ارزیابی نقادانه مطالعات منفرد چگونه انجام گرفته است؟  
روایی نتایج یک مطالعه مروری منظم به کیفیت مقالات منفرد استفاده شده در آن مطالعه بستگی خواهد داشت. بنابراین، در هر مطالعه مروری نظام‌مند باید تک تک مقالات منفرد، مورد ارزیابی نقادانه قرار گیرند. یک ارزیابی نقادانه خوب دو نتیجه مشخص دارد:
  - حداقل کیفیت لازم برای گنجاندن یک مطالعه منفرد در یک مطالعه مروری منظم را بیان می‌کند.
  - تصویر روشنی از کیفیت و محدودیت‌های مقالات استفاده شده ارائه می‌دهد.
- ۵- آیا نتایج مطالعه با استفاده از جداول و تصاویر تفسیر شده‌اند؟

اگر مطالعات مختلف نتایج متفاوتی داشته باشند، نمی‌توانیم از مرور آنها نتیجه‌گیری محکمی بدست آوریم. جداول و تصاویر ارائه شده باید نشان دهند که آیا نتایج مطالعات مختلف مشابه بوده‌اند یا تفاوت-های عمده‌ای با یکدیگر داشته‌اند. ناهمگونی نتایج نشان می‌دهد که باید عوامل دیگری این تفاوت‌ها را به وجود آورده باشند. نویسندگان باید عوامل محتمل ناهمگونی را بحث کنند.

۶- نتایج چه معنی می‌دهند؟

هر مطالعه مروری منظم، خلاصه‌ای از داده‌های مربوط به نتایج مطالعات منفرد را ارائه می‌دهد. در صورت تشابه نتایج مطالعات منفرد، می‌توان از روش آماری متاآنالیز برای تفسیر نتایج و ارائه یک خلاصه و برآورد کلی استفاده کرد.

### پایش و ارزشیابی سیاست

پایش<sup>۸۱</sup> فرایندی است که اعلام می‌نماید آیا فعالیت‌ها مطابق برنامه پیش‌بینی شده، انجام می‌گیرند یا خیر. در فرایند پایش، برنامه‌های در حال اجرا مورد کنترل قرار می‌گیرند. و ارزشیابی<sup>۸۲</sup> میزان عملکرد یا نتایج واقعی را در مقایسه با اهداف پیش‌بینی شده و نتایج مورد انتظار نشان می‌دهد. ارزشیابی زمانی انجام می‌گیرد که کل کار یا قسمت مشخصی از آن به اتمام رسیده باشد. برای انجام پایش و ارزشیابی سیاست، سوالات زیادی مطرح می‌گردد:

☞ سیاست‌گذاران و دیگر ذی‌نفعان، اغلب نیاز دارند که بدانند آیا سیاست یا برنامه جدیدی که ایجاد شده، با انتظارات آنها مطابقت دارد یا خیر؟

☞ آیا برنامه با همان روند پیش‌بینی شده، پیشرفت داشته است؟

☞ آیا به اهداف دست یافته‌اند؟

☞ آیا اعتبارات اختصاص یافته، به طور مناسب هزینه شده‌اند؟

برای پاسخ به سوالات فوق پایش و ارزشیابی مدنظر قرار می‌گیرد. برای انجام پایش و ارزشیابی، غالباً از شاخص‌ها<sup>۸۳</sup> به عنوان بخشی از این فرایند استفاده می‌شود. شاخص، متغیر کمی یا کیفی است که مقادیر ساده و قابل اطمینان برای ارزیابی تغییرات مرتبط با یک مداخله را به‌دست می‌دهد، به عبارت دیگر کمک می‌نماید که عملکرد را ارزیابی نمائیم. یک شاخص ممکن است یک مقدار ساده از یک واقعه باشد (مثلاً

81- Monitoring

82- Evaluation

83- Indicators

تعداد موارد واکسیناسیون انجام شده در طی دوره زمانی مشخص) یا مقادیری که بر اساس منابع اطلاعاتی متعدد به دست آمده است (مانند نسبت کودکانی که قبل از سن یک سالگی، به طور کامل واکسینه شده- اند). در این زمینه به چهار محور زیر باید توجه شود:

#### ۱- آیا پایش، ضروری است؟

در این ارتباط عوامل متعددی باید مدنظر قرار گیرند:

- آیا سیستم پایش با شاخص‌های مربوطه، از قبل پیش‌بینی شده است یا باید سری جدیدی از شاخص‌ها تدوین گردند؟

- هزینه تقریبی سیستم پایشی که قرار است طراحی شود، چقدر است؟

به عنوان مثال اگر قرار باشد تعداد محدودی شاخص به مجموعه شاخص‌هایی که از قبل وجود دارد اضافه شود هزینه کمتری خواهد داشت ولی اگر برای جمع‌آوری داده‌ها، لازم باشد که مطالعات گسترده با بررسی خانه به خانه خانوارها انجام گیرد هزینه بیشتری خواهد داشت.

- اگر نتایج پایش نشان دهد که فعالیت‌ها مطابق با برنامه پیش‌بینی شده، انجام نگرفته‌اند چه باید کرد؟ پایش، وقتی مفید خواهد بود که اقدامات اصلاحی برای پرکردن فاصله بین نتایج فعلی و نتایج مورد انتظار، انجام گیرد.

#### ۲- برای پایش برنامه، چه چیزهایی باید اندازه‌گیری شوند؟

شاخص‌ها، می‌توانند قسمت‌های مختلف "زنجیره نتایج"<sup>۸۴</sup> را نشان دهند. این زنجیره عبارت است از: درونداها<sup>۸۵</sup>، فعالیت‌ها<sup>۸۶</sup>، برونداها (نتایج بلافاصله)<sup>۸۷</sup>، پیامدها (نتایج واسطه)<sup>۸۸</sup> و اثر نهایی<sup>۸۹</sup>. زنجیره نتایج در شکل (۸) نشان داده شده است.

84- results chain

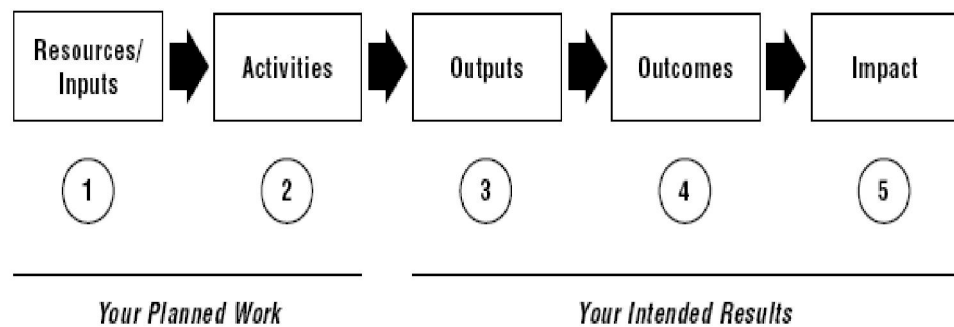
85- Inputs

86- Activities

87- Outputs

88- Outcomes

89- Impact



شکل (۸). زنجیره نتایج

گاهی، فقط کافی است که دروندادها را پایش کنیم (مثلاً میزان تامین نیروی انسانی و میزان تامین لوازم و تجهیزات مورد نیاز برای انجام واکسیناسیون)

گاهی، مهم است که فعالیت‌ها را پایش کنیم (به عنوان مثال: آیا تلقیح واکسن‌ها، صحیح انجام می‌شود؟) و گاهی پایش برونداد اهمیت دارد؛ (مثلاً تعداد کودکانی که به طور کامل واکسینه شدند)

وقتی شاخص‌ها را انتخاب می‌کنیم باید توجه داشته باشیم که شاخص‌ها دارای ویژگی‌های زیر باشند:

☀ اعتبار<sup>۹۰</sup>: چقدر شاخص انتخاب شده، معیاری که قرار است سنجیده شود را درست اندازه‌گیری می‌نماید؟

☀ قابل پذیرش بودن<sup>۹۱</sup>: چقدر شاخص انتخاب شده، برای افرادی که قرار است ارزیابی شوند و اشخاصی که قرار است ارزیابی را انجام دهند، قابل پذیرش می‌باشد؟

☀ میسر بودن<sup>۹۲</sup>: چقدر جمع‌آوری داده‌ها، از طریق شاخص‌های انتخاب شده قابل انجام است؟

☀ قابل اعتماد بودن<sup>۹۳</sup>: چقدر خطای اندازه‌گیری، محدود است و از سوی دیگر، چنان‌چه جمع‌آوری داده‌ها بار دیگر توسط فرد یا سازمان دیگری انجام شود، چقدر یافته‌ها یکسان خواهند بود؟

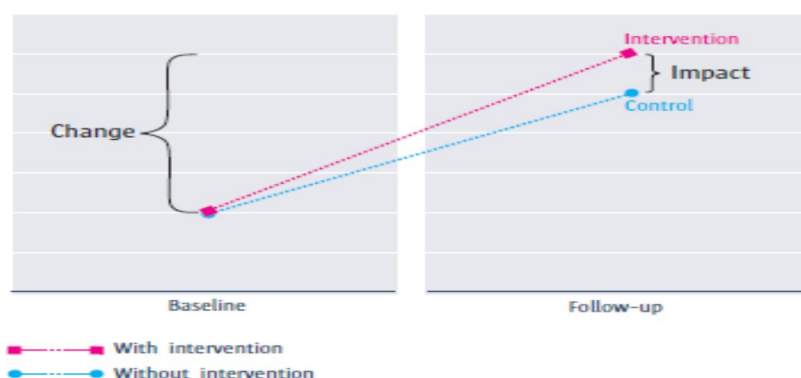
☀ حساس بودن به تغییرات<sup>۹۴</sup>: چقدر شاخص انتخاب شده، توانایی تعیین تغییرات در واحد اندازه‌گیری را داراست؟

90- Validity  
91- Acceptability  
92- Feasibility  
93- Reliability

☀ قابلیت پیش‌گویی<sup>۹۵</sup>: چقدر شاخص انتخاب شده، توانایی پیش‌بینی و پیش‌گویی صحیح پیامدها را داراست؟

۳- آیا ارزشیابی پیامد<sup>۹۶</sup> یا اثر نهایی<sup>۹۷</sup> برنامه/سیاست باید انجام شود؟

شکل (۹) نمودار اثر نهایی مداخله انجام گرفته و مقایسه آن با وضعیت قبل از مداخله را نشان می‌دهد. ولی گاهی بر اساس شاخص‌های موجود نمی‌توان بیان کرد که آیا برنامه/سیاست، پیامد یا اثر نهایی داشته است یا خیر. در این شرایط، فقط زمانی باید ارزشیابی نتایج برنامه را مد نظر قرار داد که اگر نتایج ارزشیابی، نشان دهند که برنامه/سیاست، اثر مطلوبی نداشته، برنامه/سیاست مذکور باید متوقف یا تغییر داده شود.



شکل (۹). مقایسه اثر نهایی مداخله با وضعیت قبل از مداخله

۴- چگونه ارزشیابی پیامد یا اثر نهایی برنامه/سیاست انجام گیرد؟

تشخیص تغییرات منتج از یک برنامه/سیاست، نیازمند مقایسه افراد یا گروه‌هایی است که در معرض آن برنامه/سیاست بوده‌اند با آنهایی که در معرض آن نبوده‌اند، این امر از طریق مطالعات تصادفی (RT)<sup>۹۸</sup>

94- Sensitivity  
95- Predictive Validity  
96- Outcome  
97- Impact  
98- Randomised Trials



قابل انجام است اما گاهی مطالعات تصادفی امکان‌پذیر نمی‌باشد در این صورت از راه‌های دیگری مانند مقایسه تغییرات قبل و بعد از اجرای برنامه<sup>۹۹</sup> و مشاهده تغییرات در خلال دوره زمانی مشابه در مناطقی که این برنامه/سیاست را دریافت نکرده بودند یا از طریق سری مطالعات منقطع زمانی<sup>۱۰۰</sup> که در آن داده‌ها از نقاط زمانی متعدد، قبل از اجرا، در طی برنامه و بعد از اجرای برنامه، جمع‌آوری می‌شوند، می‌توان استفاده کرد.

### اجزای خلاصه سیاستی و جایگاه آن در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

خلاصه سیاستی<sup>۱۰۱</sup> فراهم ساختن یک مرور دقیق و شفاف از مشکل، بحث در خصوص گزینه‌های علمی که احتمال دارد مشکل را مرتفع سازد و در پایان پیشنهاد‌های اجرایی جهت استقرار یک یا طیفی از چند گزینه سیاستی به همراه هزینه‌های اجرایی آن‌ها می‌باشد. به بیان دیگر همان‌گونه که مقاله پژوهشی برای گروه مخاطب پژوهشگران، یک محصول مناسب به شمار می‌آید، یا محتوای آموزشی که به تصمیم‌بیمار کمک کند برای مردم و بیماران، اهمیت دارد، خلاصه سیاستی هم ابزار مناسبی برای سیاست‌گذاران در تصمیم‌گیری محسوب می‌شود. برای تنظیم یک خلاصه سیاستی، به طور معمول اقدامات زیر می‌گیرد:

- ☞ سوال سیاستی موجود باید شفاف گردد
- ☞ شکل‌گیری گزینه‌های مختلف مداخله
- ☞ چگونگی اجرایی نمودن گزینه‌ها
- ☞ مرورهای نظام‌مند، نقد یافته‌ها، ارزیابی کاربرد آن‌ها و در نظر گرفتن عدالت
- ☞ یافتن شواهد محلی برای شناخت شرایط محلی
- ☞ نهایی نمودن خلاصه سیاستی
- ☞ اجرای گفتگوی سیاست‌گذاری<sup>۱۰۲</sup>

برای تنظیم خلاصه سیاستی، دو چارچوب پیشنهادی وجود دارد، یکی از آن‌ها در قالب جداول ۱-۳ که از سوی مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت در ایران ارائه شده است و دیگری چارچوبی است که شورای سیاست‌گذاری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد نموده است.

99- Before-After Evaluation  
100- Interrupted Time- Series  
101- Policy Brief  
102- Policy Dialogue

## چارچوب پیشنهادی مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت جهت تنظیم خلاصه سیاستی

جدول شماره ۱: مهم‌ترین اجزای یک خلاصه سیاستی

<b>عنوان:</b> (تا حد امکان، به شکل یک سوال جذاب و جلب توجه کننده برای حل مشکل موجود)
<b>پیام اصلی:</b>
مشکل اصلی چیست؟
چه گزینه‌هایی را در خصوص راه حل‌های عملی برای این مشکل می‌شناسیم؟ (یا چه چیزهایی نمی‌دانیم)
چه ملاحظات اجرایی را باید در نظر داشته باشیم؟
<b>گزارش:</b>
مقدمه‌ای که در آن توصیف مشکل و بستری که در آن شرایط، باید به مشکل پرداخته شود، ذکر گردد.
تعریف مشکل و خصوصیات آن به شیوه‌های قابل فهم زیر:
۱. خصوصیت و بار بیماری و یا آسیب‌هایی که نظام سلامت باید آن را درمان نموده و یا از آن پیشگیری کند.
۲- برنامه‌های هزینه - اثر بخش، ارائه خدمات و یا داروهای لازم برای پیشگیری یا درمان آن مشکل
۳- چالش نظام سلامت که تعیین‌کننده دسترسی یا عدم استفاده از برنامه‌های هزینه - اثربخش، خدمات و یا داروها مشتمل بر تاثیر گروه‌های خاص باشد.
۴- گزینه‌های مختلف مرتبط با مشکل که به صورت مجموعه‌ای در یک جدول نشان داده شود (جدول بعد)

جدول شماره ۲: دسته‌بندی یافته‌ها (شواهد)

دسته‌بندی یافته‌ها	خصوصیت شواهد علمی بدست آمده (مروارهای نظام‌مند و دیگر شواهد علمی)
سود و مزایای گزینه (benefits)	
ضرر و زیان‌های گزینه (harms)	
هزینه‌ها و هزینه اثربخشی گزینه (Cost&Cost effectiveness)	
عدم قطعیت در خصوص مزایا و مضار گزینه (uncertainty)	
نکات کلیدی گزینه (چگونه کارکرد و دلایل مناسب بودن گزینه)	
تجارب و نقطه نظرات ذینفعان	

جدول شماره ۳: ملاحظات اجرایی و موانع احتمالی اجرایی نمودن گزینه‌های انتخابی

سطوح	گزینه ۱	گزینه ۲	گزینه ۳
مصرف‌کننده (Consumer)			
ارائه دهنده خدمات (healthcare provider)			
سازمان (Organization)			
سیستم (System)			

## چارچوب پیشنهادی شورای سیاست‌گذاری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (چارچوب سند سیاست بخش سلامت)

شورای سیاست‌گذاری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران جهت تنظیم خلاصه سند سیاستی در حوزه‌های سلامت، چارچوبی تدوین و استفاده از آن را برای سیاست‌گذاری بخش سلامت پیشنهاد می‌نماید که اجزاء آن به شرح زیر می‌باشد.

مقدمه:

- صفحه اصلی، فهرست عناوین، مشخصات تهیه‌کنندگان سند، تعاریف واژه‌ها، خلاصه اجرایی، مبانی حقوقی و قانونی سند سیاست.

بخش اول: توصیف وضعیت مساله (هر قسمت به استناد شواهد باید تهیه شود)

- مساله چیست؟ (چه مشکلی باید حل شود؟)
- علائم مشهود و نشانه‌های قابل سنجش مساله کدام است؟
- وضعیت مساله در جامعه تعریف شده از بعد شدت و عمق مساله (Severity & Depth)، محدوده (Scope & Extent)، روند (Trend) و پیامد تداوم آن (Impact & Outcome) کدام است؟
- دستاورد قبلی تلاش‌ها، سیاست‌ها و قوانین برای حل مساله کدام است؟ (در صورت وجود تلاش‌های قبلی)

بخش دوم: تحلیل علل و عوامل مساله (هر قسمت به استناد شواهد باید تهیه شود)

- مدل تحلیل مساله کدام است؟ (اجزای تشکیل‌دهنده مساله و ارتباط آنها با یکدیگر)
- علل و عوامل موثر بر مساله و اولویت آنها چیست؟
- تحلیل ذی‌نفعان، اهداف، وظایف کلی و عینی هر کدام نسبت به مساله و ارزیابی عملکرد آنان تاکنون چه بوده است؟

بخش سوم: تحلیل مداخلات (هر قسمت به استناد شواهد باید تهیه شود)

- مداخلات پیشنهادی (گزینه‌ها) در تجربیات جهانی و ملی (کشوری)، برای حل مساله چیست؟
- معیارهای انتخاب مداخلات چیست؟

- رتبه‌بندی (مقایسه) مداخلات پیشنهادی با توجه به معیارها چگونه است؟
- پیش‌بینی اثرات و دستاوردهای مداخله یا مداخلات پیشنهادی در اولویت کدام است؟

بخش چهارم: نتیجه‌گیری (استقرار مداخلات)

- مداخله یا مداخلات انتخابی را شرح دهید.
- با توجه به مدل توصیف و تحلیل، جدول زیر باید تکمیل گردد:

مساله کلی:						
مسئول اجرا	اولویت	مداخلات		علل و عوامل موثر	مسائل و مشکلات	حوزه‌ها و حیطه‌های مساله
		راهبردها (انتخاب از فهرست)	هدف راهبردی (فعل اختصاصی، میزان قابل سنجش، زمان)			

- شیوه پایش، ارزیابی و شاخص‌های موفقیت مداخله یا مداخلات پیشنهادی و نحوه سنجش آنها چیست؟
- شیوه پاسخ‌گویی به شکایات و نحوه بازبینی و مقابله با موارد پیش‌بینی نشده مداخلات سیاست چیست؟
- پیش‌نیازهای لازم برای تصویب و استقرار این سند کدام است؟
- مصوبات لازم برای ارتقاء همکاری و حمایت بین‌بخشی در مراجع ذیربط کدام است؟
- تحلیل ذی‌نفعان استقرار مداخلات چیست؟

### ذکر مثال

جهت روشن شدن مطالب مندرج در این فصل، با ذکر یک مثال، جنبه‌های مختلف سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد را مرور می‌کنیم.

#### سناریوی فرضی:

فرض کنید بسیاری از محققین در سطح کشور معتقد به گنجاندن واکسن هموفیلوس آنفلوانزا در برنامه روتین واکسیناسیون ایران هستند. آنها قصد دارند با مشارکت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب را وارد برنامه جاری واکسیناسیون کودکان ایرانی نمایند. برای توجیه سیاست‌گذاران مربوطه، چه اقداماتی را باید انجام دهند؟

#### پاسخ سناریو:

این گروه می‌توانند در قالب تنظیم یک خلاصه سیاستی یا بر مبنای چارچوب سند سیاست بخش سلامت، سیاست‌گذاران را توجیه نمایند.

در این سند یا خلاصه سیاستی، مطالب زیر باید گنجانده شود:

۱. هموفیلوس آنفلوانزا چیست و چه مشکلات و آسیب‌هایی را در جامعه ایجاد می‌نماید؟ بار بیماری در ایران چگونه است؟

۲. آیا برای پیشگیری از این بیماری، برنامه‌های هزینه - اثربخش وجود دارد؟

۳. آیا بستر فعلی نظام سلامت، جهت دسترسی گروه‌های هدف به برنامه هزینه - اثربخش مورد نظر مناسب می‌باشد؟ به بیان دیگر برای استفاده گروه‌های هدف (کودکان) از برنامه پیشگیری این بیماری، چه چینی در نظام سلامت نیاز می‌باشد؟

۴. چه گزینه‌هایی (مداخلات پیشنهادی) برای اجرای برنامه پیشگیری از این بیماری وجود دارد؟

۵. ملاحظات اجرایی و موانع احتمالی که برای اجرای هر یک از گزینه‌ها (مداخلات پیشنهادی) باید مدنظر قرار گیرد چیست؟

۶. با عنایت به پیش‌بینی اثرات و دستاوردهای مداخلات پیشنهادی، کدام یک از گزینه‌های پیشنهادی، در اولویت قرار دارد؟

۷. مداخله انتخابی را شرح دهد.

۸. شیوه پایش و ارزشیابی برای ارزیابی موفقیت/عدم موفقیت مداخله را اعلام نماید.

۹. شیوه پاسخ‌گویی به شکایات و نحوه بازبینی و مقابله با موارد پیش‌بینی نشده را ذکر نماید.

۱۰. پیش نیازهای لازم برای تصویب و استقرار این سیاست را نام ببرد.

این گروه، هم باید شواهد موجود در خصوص موضوع مذکور در ایران را جمع‌آوری کند و هم باید نتایج مطالعات جهانی در خصوص جنبه‌های مختلف این برنامه را جستجو نماید و در نهایت، مستندات خود را به شکلی مشابه شکل زیر به سیاست‌گذاران ارائه نماید.

"باکتری هموفیلوس آنفلوانزا تیپ ب (HiB) باعث بروز عفونت‌های مهاجم در شیرخواران و هم‌چنین در کسانی که دچار نقص ایمنی هستند، می‌شود. طبق آمار، سالیانه نزدیک به ۳ میلیون مورد مننژیت و پنومونی شدید و ۳۸۶۰۰ مرگ در اثر عفونت هموفیلوس آنفلوانزا تیپ ب در کودکان زیر ۵ سال رخ می‌دهد. علی‌رغم این که بیش از بیست سال است که در کشورهای صنعتی از واکسن HiB استفاده می‌شود، به علت گرانی قیمت و فقدان اطلاعات راجع به شیوع عفونت هموفیلوس آنفلوانزا تیپ ب و هم‌چنین میزان موثر بودن واکسن، استفاده از این واکسن در کشورهای در حال رشد به‌صورت مطلوب وجود ندارد، در حالی که بالاترین آمار مرگ و میر به علت این عفونت در کشورهای جهان سوم دیده می‌شود. در کشورهای اروپایی بروز سالانه مننژیت در کودکان زیر پنج سال قبل از استفاده همگانی از واکسن Hib بین ۱۱ تا ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ بوده و بعد از آن به ۰ تا ۸ مورد در ۱۰۰۰۰۰ رسیده است. این ارقام فقط در عرض دو سال بعد از ورود واکسن در برنامه روتین ایمن‌سازی در کشور گامبیا از ۲۰۰ درصد هزار به ۲۰ مورد در صدهزار رسیده است .

نخستین واکسن در ایالات متحده در سال ۱۹۸۵ استفاده شد، اما به‌دلیل عدم پاسخ مطلوب، کاربرد محدودی داشت. در اواخر سال ۱۹۸۷، واکسن Conjugate که از ترکیب کپسول باکتری غیرفعال شده با ناقل پروتئین ساخته می‌شود، به بازار عرضه شد. این واکسن در اشکال مختلف به تنهایی و یا ترکیب شده با واکسن‌های دیگر مثل DTaP برای واکسیناسیون روتین شیرخواران در کشورهای صنعتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. هم‌چنین استفاده از آن در افراد دچار نقص ایمنی اکتسابی یا آنهایی که فاقد طحال هستند، توصیه شده است. تزریق دوز اول واکسن قبل از سن ۶ هفتگی منجر به پاسخ مطلوب ایمنی نمی‌شود و به همین علت برنامه روتین واکسیناسیون از ۲ ماهگی شروع، دوزهای بعدی در سنین ۴ و ۶ ماهگی و سپس دوزهای یادآور طبق برنامه تزریق می‌شود. مطالعات متعدد راجع به شیوع عفونت هموفیلوس آنفلوانزا در ایران وجود ندارد اما آمار از یک مطالعه انجام شده که توسط دکتر کریمی و همکاران از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران روی یک هزار کودک زیر ۵ سال مراجعه کننده به ۲۵ مهد کودک در سطح شهر انجام شده نشان می‌دهد که میزان ناقلین هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب ۷/۸ درصد است که برابر با ارقام قبل از واکسیناسیون همگانی علیه این میکروب در کشورهای صنعتی می‌باشد. با

توجه به نتایج فوق بسیاری از محققین در سطح کشور معتقد به گنجاندن واکسن هموفیلوس آنفلوانزا در برنامه روتین واکسیناسیون هستند.

جهت استقرار برنامه واکسیناسیون کودکان علیه هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب از دو راه می‌توان اقدام نمود:

گزینه اول: واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب از خارج کشور وارد گردد.

گزینه دوم: واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب در داخل کشور تولید شود.

سپس سود و زیان هریک از این دو گزینه و هزینه‌های مرتبط با هر کدام اعلام گردد.

با عنایت به پیش‌بینی اثرات و دستاوردها و هزینه‌های مرتبط با این دو گزینه، مداخله انتخابی پیشنهادی، گزینه دوم (تولید و مصرف واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب در داخل کشور) می‌باشد.

سپس شرح چگونگی تولید و مصرف واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب در داخل کشور و معرفی شاخص‌هایی که جهت پایش و ارزشیابی موفقیت برنامه "ایمن‌سازی کودکان با واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب" نیاز هستند مثلاً نسبت کودکان زیر یکسال واکسینه شده، نسبت کودکانی که متعاقب ایمن‌سازی، دارای آنتی‌بادی‌های محافظت‌کننده می‌باشند، مقدار کاهش بروز مننژیت و پنومونی شدید و مرگ ناشی از هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب در کودکان زیر ۵ سال واکسینه شده در مقایسه با دوره زمانی قبل از واکسیناسیون هموفیلوس آنفلوانزا.

در خصوص پاسخ‌گویی به شکایات و نحوه بازبینی برنامه، می‌توان از برنامه ثبت و گزارش‌دهی عوارض نامطلوب ایمن‌سازی<sup>۱۰۳</sup> که در حال حاضر در تمامی مراکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت ایران، جاری است، استفاده کرد.

برای تصویب و استقرار این برنامه: تصویب هیات دولت، تامین منابع مالی و زیرساخت‌های لازم جهت تولید واکسن در داخل کشور و متعاقب تولید واکسن، ایمن‌سازی کودکان با این واکسن و پایش و ارزشیابی برنامه ضرورت دارد.



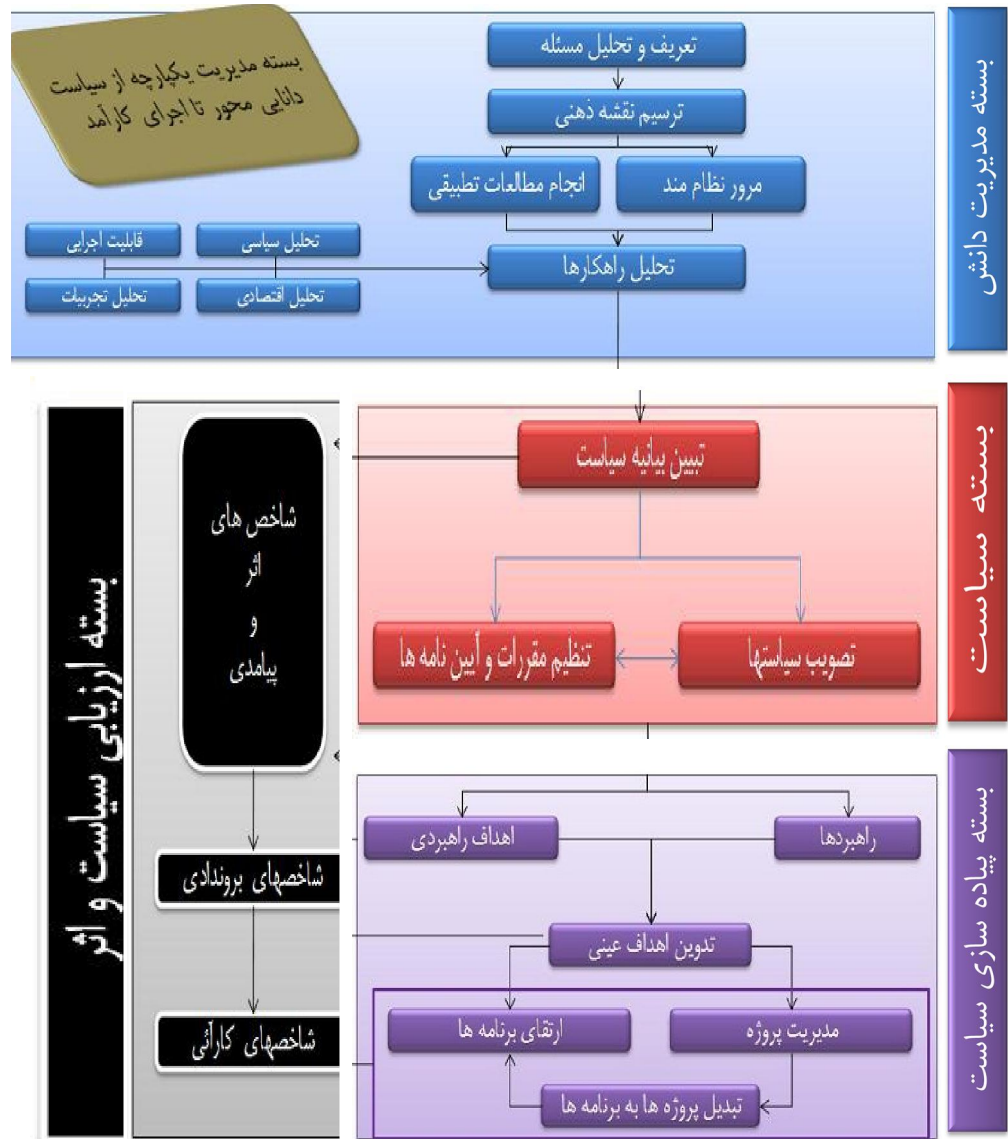
## پیوست (۱): پایگاه‌های داده‌ها جهت جستجوی مطالعات مروری منظم

نام پایگاه داده‌ها (database):
PPD/ CCNC (Program in Policy Decision-Making/ Canadian Cochrane Network and Centre) database
ویژگی‌های پایگاه داده‌ها
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessible online at no cost</li> <li>• Focused exclusively on governance, financial and delivery arrangements within health systems</li> <li>• Contains Cochrane reviews of impacts, other reviews of impacts, and reviews that address other types of questions (e.g. reviews of qualitative studies), as well as overviews of systematic reviews and policy briefs</li> <li>• Provides links to user-friendly summaries (when they exist) and to scientific abstracts</li> </ul>
چه چیزهایی در پایگاه داده‌ها موجود است؟
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematic reviews that address any type of question about governance, financial and delivery arrangements within health systems</li> <li>• Overviews that identify and synthesise the many systematic reviews that address a specific health systems issue or challenge</li> </ul>
چگونه می‌توان این پایگاه داده‌ها را جستجو کرد؟
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Type of governance, financial and delivery arrangement (by clicking on the relevant category)</li> <li>• Type of systematic review, namely review of impacts, Cochrane review of impacts, and review addressing another type of question</li> <li>• Type of overview, namely policy brief written primarily for policymakers and overview of systematic reviews written primarily for researchers</li> </ul>
برای جستجوی نتایج، چه منابعی معرفی می‌شوند؟
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Link(s) to a user-friendly summary that highlights decision-relevant information (if available)</li> <li>- Australasian Cochrane Centre (ACC) Policy Liaison Initiative (primarily for policymakers in Australia)</li> <li>- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) (primarily for healthcare providers but no limitations per se)</li> <li>- Effective Health Care Research Programme Consortium (primarily for healthcare providers and policymakers in low- and middle-income countries)</li> <li>- Health-evidence.ca (primarily for public health practitioners and policymakers)</li> <li>- Reproductive Health Library (primarily for reproductive health practitioners and policymakers)</li> <li>- Rx for Change (primarily for policymakers interested in influencing prescribing behaviour or healthcare provider behaviour more generally)</li> <li>- SUPPORT (primarily for policymakers in low- and middle-income countries)</li> <li>• Link(s) to a scientific abstract (when available)</li> <li>• Link(s) to the full text (which may require a subscription or an access fee)</li> </ul>

نام پایگاه داده‌ها (database):	Cochrane Library
ویژگی‌های پایگاه داده‌ها	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Online version (without full-text reviews) accessible at no cost</li> <li>•Contains health-focused Cochrane reviews of impacts (Cochrane Database of Systematic Reviews) and other reviews of impacts (Database of Abstracts of Reviews of Effects and Health Technology Assessment Database)</li> <li>•Cochrane Database of Systematic Reviews provides access to scientific abstracts and user-friendly summaries (targeted at lay people).</li> </ul> <p>DARE provides links to user-friendly summaries, and the Health Technology Assessment Database provides access to structured scientific abstracts</p>
چه چیزهایی در پایگاه داده‌ها موجود است؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Systematic reviews that address questions about the impacts of clinical, health service/system and public/population health interventions, as well as health technology assessments (many of which will contain a systematic review)</li> </ul>
چگونه می‌توان این پایگاه داده‌ها را جستجو کرد؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Search the entire Cochrane Library or (separately) one of its three most relevant constituent databases</li> <li>-Cochrane Database of Systematic Reviews (systematic reviews of impacts produced by members of the Cochrane Collaboration according to defined standards)</li> <li>-DARE (systematic reviews of impacts with no restriction on who produced them): Note that the most up-to-date version of this database can be searched separately and that most reviews have a user-friendly summary prepared by the Centre for Reviews and Dissemination</li> <li>-Health Technology Assessment Database (health technology assessments, which may contain a systematic review)</li> </ul> <p>Note that the most up-to-date version of this database can be searched separately and that most reviews have a summary of the HTA's objective prepared by the Centre for Reviews and Dissemination and a link to the full text (which typically does not require a subscription or access fee)</p>
برای جستجوی نتایج، چه منابعی معرفی می‌شوند؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>•A user-friendly summary that highlights decision-relevant information for all reviews in DARE</li> </ul> <p>with some time delay depending on staff workload)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•A lay summary for all Cochrane reviews</li> <li>•A scientific abstract for all Cochrane reviews</li> <li>•Link(s) to the full text for all Cochrane reviews (requires a subscription or access fee)</li> </ul>

نام پایگاه داده‌ها (database):	PubMed/ MEDLINE
ویژگی‌های پایگاه داده‌ها	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessible online at no cost (including Cochrane reviews)</li> <li>• Contains only peer-reviewed articles (i.e. no grey literature)</li> <li>• Provides links to scientific abstracts only</li> </ul>
چه چیزهایی در پایگاه داده‌ها موجود است؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Both studies and systematic reviews that address any type of question that may be addressed in the biomedical, clinical, health service/system and public/population health literature</li> </ul>
چگونه می‌توان این پایگاه داده‌ها را جستجو کرد؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combine content terms AND terms that will yield systematic reviews, with the terms selected here designed to balance the sensitivity and specificity of a search (emphasising specificity over sensitivity) -Cochrane Database Syst Rev [TA] OR search [Title/Abstract] OR meta-analysis [Publication Type] OR MEDLINE [Title/Abstract] OR (systematic [Title/Abstract] AND review [Title/Abstract])</li> <li>• Possibly also combine with terms that will identify systematic reviews and studies focused on particular jurisdictions or regions (e.g. low- and middle-income countries)</li> </ul>
برای جستجوی نتایج، چه منابعی معرفی می‌شوند؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A scientific abstract (if available)</li> <li>• Link(s) to the full text (which may require a subscription or an access fee)</li> </ul>

**پیوست (۲).** فرایند سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد تا ارزیابی اثر نهایی سیاست (مستندات دوره آموزشی تربیت مربیان و کارشناسان خبره دانشگاه علوم پزشکی ایران)



## منابع

1. Sutcliffe S., Court J., Evidence-Based Policymaking: What is it? How does it work? What relevance for developing countries? Overseas Development Institute, November 2005.
2. Buse K., Mays N., Walt G., Making Health Policy , McGraw-Hill Education, 2005
3. Fafard P., Evidence and Healthy Public Policy, Insights from Health and Policy sciences, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, May 2008
4. Strydom W.F., Funke N., Nienaber Sh., et al, Evidence-based policymaking: A review, South African Journal of Science, 2010, 106(5/6):1-8, Available From: <http://www.sajs.co.za>
5. Davies H.T.O, Nutley S.M. , Smith P.C., WHAT WORKS? Evidence-based policy and practice in public services, The Policy Press ,University of Bristol, 2000
6. Introduction to Health Policy, HPA, 2007 , Available From: <http://www.personal.psu.edu>
7. State Policy Guide: Using Research in Public Health Policymaking, The Council of State Governments, 2008, Available From: <http://www.healthystates.csg.org>
8. Muir Gray J.A., Evidence-based Healthcare, CHURCHILL LIVINGSTONE, 2001
9. Lavis J.N., Oxman A.D., Lewin S., Fretheim A., Introduction Open Access SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP), Health Research Policy and Systems, 2009, 7(Suppl 1):I1
10. Oxman A.D., Lavis J.N., Lewin S., Fretheim A., Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP), 1: What is evidence-informed policymaking?, Health Research Policy and Systems, 2009, 7(Suppl 1):S1
11. Oxman A.D., Vandvik P.O., Lavis J.N., et al, Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 2: Improving how your organisation supports the use of research evidence to inform

- polycymaking, Health Research Policy and Systems, 2009, 7(Suppl 1):S2
12. Lavis J.N., Wilson M.G., Oxman A.D., et al, Guide Open Access SUPPORT Tools for evidence-informed health Polycymaking (STP) 4: Using research evidence to clarify a problem, Health Research Policy and Systems ,2009, 7(Suppl 1):S4
  13. Lavis J.N., Wilson M.G., Oxman A.D., et al, Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Polycymaking (STP) 5: Using research evidence to frame options to address a problem, Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S5
  14. Fretheim A., Munabi-Babigumira S., Oxman A.D , et al,Guide SUPPORT Tools for Evidence-informed Polycymaking in health 6: Using research evidence to address how an option will be implemented, Health Research Policy and Systems ,2009, 7(Suppl 1):S6
  15. Lavis J.N., Oxman A.D , Grimshaw J.,et al, Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Polycymaking (STP) 7: Finding systematic reviews, Health Research Policy and Systems, 2009, 7(Suppl 1):S7
  16. Lewin S., Oxman A.D , Lavis J.N., et al,Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Polycymaking (STP) 8: Deciding how much confidence to place in a systematic review, Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S8
  17. Lavis J.N., Oxman A.D , Souza N.M,et al,Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Polycymaking (STP) 9: Assessing the applicability of the findings of a systematic review, Health Research Policy and Systems, 2009, 7(Suppl 1):S9
  18. Oxman A.D , Lavis J.N., Lewin S.,et al, Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Polycymaking (STP) 10: Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review, Health Research Policy and Systems, 2009, 7(Suppl 1):S10
  19. Lewin S., Oxman A.D , Lavis J.N., et al,Guide SUPPORT Tools for evidence-informed Polycymaking in health 11:Finding and using evidence about local conditions, Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S11

20. Oxman A.D , Fretheim A., Lavis J.N., et al, Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 12: Finding and using research evidence about resource use and costs, Health Research Policy and Systems, 2009, 7(Suppl 1):S12
21. Lavis J.N., Permanand G., Oxman A.D, et al, Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 13: Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking, Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S13
22. Lavis J.N., Boyko J.A., Oxman A.D , et al, Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking, Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S14
23. Oxman A.D , Lewin S., Lavis J.N., et al, Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 15: Engaging the public in evidence-informed policymaking, Health Research Policy and Systems ,2009, 7(Suppl 1):S15
24. Oxman A.D , Lavis J.N., Fretheim A., et al, Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 16: Using research evidence in balancing the pros and cons of policies, Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S16
25. Oxman A.D , Lavis J.N., Fretheim A., et al, Guide SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 17: Dealing with insufficient research evidence, Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S17
26. Fretheim A., Oxman A.D , Lavis J.N., et al, Guide SUPPORT Tools for Evidence-informed Policymaking in health 18: Planning monitoring and evaluation of policies, Health Research Policy and Systems ,2009, 7(Suppl 1):S18

(۲۷) مجدزاده سیدرضا، سیاست‌گذاری آگاه از شواهد، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت.

(۲۸) طریقت منفرد محمدحسن، اخوان بهبهانی علی، حسن‌زاده علی، اصول و مبانی سیاست ملی سلامت (مطالعه تطبیقی)، تهران : مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش‌ها: دفتر مطالعات اجتماعی، ۱۳۸۷

۲۹) لامعی ابوالفتح، طب مبتنی بر شواهد، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی، ۱۳۹۰

۳۰) روحانی زادگان مرسده، سلطانی اکبر، سطوح شواهد و درجه‌بندی توصیه‌های بالینی، تهران: ویستا، ۱۳۸۸

۳۱) محمدی ناصر، از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد تا ارزیابی اثر نهایی سیاست، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دوره عالی تربیت مربیان و کارشناسان خبره، ۱۳۸۷



## فصل سوم



### دستاوردهای سیاست گذاری در نظام سلامت ایران

#### اهداف آموزشی

- ♦ در پایان مطالعه این فصل از خواننده انتظار می رود بتواند:
- ♦ وظایف واحد سیاست گذاری سلامت را توضیح دهد.
- ♦ جایگاه، اختیارات و امکانات واحد سیاست گذاری را تشریح نماید.
- ♦ حداقل ۱۰ مورد از موضوعات مورد بررسی در شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را نام ببرد.
- ♦ فرایند تدوین منشور حقوق بیمار را به طور مختصر شرح دهد.
- ♦ فرایند انتخاب و استقرار حاکمیت ملی را در سطح ملی به طور مختصر توضیح دهد.

#### هدف کاربردی

- ♦ در پایان مطالعه این فصل از خواننده انتظار می رود بتواند دستاوردها و چالش های پیاده سازی منشور حقوق بیمار و حاکمیت بالینی را در دانشگاه علوم پزشکی یا بیمارستان محل خدمت خود دسته بندی نماید.



## مقدمه

سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایران و در بین مدیران و کارشناسان خبره موضوع ناآشنایی نمی‌باشد و سابقه توجه سازمانی و علمی به موضوع سیاست‌گذاری شاید به ده‌ها سال قبل بر گردد اما توجه به سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و یا تأکيدات مستمر مبنی بر ضرورت تقویت جایگاه حوزه سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایران و افزایش ایفای نقش آن در اجرای اصلاحات به همین سال‌های اخیر بر می‌گردد. واحد سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که از سال ۱۳۸۰ زیر نظر معاون هماهنگی و دبیر مجامع و در کنار دبیرخانه شورای عالی سلامت و دبیرخانه هیات‌های امضاء قرار گرفت، با کمک واحدهای تولید کننده اطلاعات و دبیرخانه‌های مرتبط و افزایش مشارکت افراد صاحب‌نظر و توسعه فعالیت‌های علمی، فرایندهای سیاست‌سازی و سیاست‌گذاری را منسجم نموده و با برگزاری جلسات مختلف و رایزنی‌ها و نظرخواهی‌های متعدد، دستاوردهای زیادی را به ثبت رسانده است. در این فصل سعی می‌گردد تعدادی از دستاوردها و عملکردهای موفق واحد سیاست‌گذاری بیان و تشریح گردد.

## ساختار سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در ساختار سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعدادی از مراکز و واحدها مسئولیت تولید، ثبت و عرضه شواهد را به عهده دارند که باید به نیازهای اطلاعاتی واحدهای بالادست پاسخ‌گو باشند. تعدادی از دبیرخانه‌های تخصصی بر اساس مسئولیت‌های سازمانی با بهره‌مندی از شواهد تولید شده موجود و بررسی کارشناسانه آن، بر حسب نیاز در حیطه‌های مختلف سیاست‌سازی می‌نمایند. سیاست‌های پیشنهادی در نهایت زیر نظر مقام وزارت یا عالی‌ترین شورای سلامت بررسی و در صورت لزوم به تصویب می‌رسد. جدول ۱ ارتباط فرایندی بین مراکز تولید کننده شواهد تا نهادهای تصویب کننده سیاست را در نظام سلامت ایران نشان می‌دهد.

جدول ۱: ارتباط فرایندی بین مراکز تولید کننده شواهد تا نهادهای تصویب کننده سیاست در نظام سلامت ایران

تولید، ثبت و عرضه شواهد ←	کاربست شواهد ← (سیاست‌سازی مبتنی بر شواهد)	تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد
<ul style="list-style-type: none"> <li>- دبیرخانه شورای هماهنگی تحقیقات کاربردی</li> <li>- مرکز اسناد و اطلاعات راهبردی سلامت</li> <li>- مؤسسه ملی تحقیقات سلامت</li> <li>- مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>۱) واحد سیاست‌گذاری و اصلاح نظام سلامت:</li> <li>- دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری</li> <li>- دبیرخانه مدیریت و نظارت بر برنامه‌های توسعه</li> <li>- دبیرخانه هماهنگی برنامه‌های بین‌المللی (JPRM)</li> <li>- دبیرخانه نشست‌های تخصصی سیاست‌گذاری</li> <li>۲) دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی</li> <li>۳) دبیرخانه هیات‌های امناء</li> <li>۴) دبیرخانه اجلاس روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی</li> <li>گروه اقتصاد و فناوری سلامت (معاونت درمان)</li> <li>دبیرخانه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (معاونت بهداشت)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</li> <li>- شورای سیاست‌گذاری</li> <li>- شورای معاونین</li> <li>- شورای عالی سلامت</li> </ul>

### اجزای اصلی سیاست‌گذاری سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با توجه به جدول ۱، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سه جزء مسئولیت اصلی سیاست‌گذاری سلامت را در ایران به عهده دارند که این‌ها عبارتند از:

۱- شوراهای تصمیم‌گیری و دبیرخانه‌های مربوطه

۲- واحدهای نگارنده اسناد سیاست سلامت

۳- سامانه‌های تولیدکننده شواهد و آمار برای برنامه‌نویسان و نگارندگان اسناد سیاست

### وظایف حوزه یا واحد سیاست‌گذاری سلامت

گرچه از سال‌های قبل واحدهای متعددی موظف شدند شورای سیاست‌گذاری را در راستای تولید، ثبت و عرضه شواهد کمک نمایند و همین‌طور شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هم با بسیج همه ظرفیت‌های موجود بستر مناسبی را برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد فراهم آورد تا با منابع در دسترس فعالیت‌های حوزه سیاست‌گذاری در مسیر علمی‌تر و کاربردی‌تر متمرکز گردد، ولی بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند علی‌رغم گذشت چند سال از فعالیت‌های شورای سیاست‌گذاری، هنوز وظایف، اختیارات و کارکردهای آن متناسب با نقش و انتظارات نظام سلامت نمی‌باشد. افراد صاحب‌نظر مواردی را یادآوری و تاکید می‌نمایند که بعضی از موارد مطرح شده در ساختار فعلی شورای سیاست‌گذاری وجود دارد اما باید قوی‌تر و برجسته‌تر ظاهر شود و بعضی مواردی که ممکن است وجود نداشته باشد، برای نهادینه شدن نقش، اختیارات و جایگاه شورای سیاست‌گذاری ضروری می‌دانند. لذا وظایف حوزه سیاست‌گذاری سلامت آنچه که هست و آنچه که باید باشد به شرح زیر طبقه‌بندی و بیان می‌گردد:

#### ۱- تهیه و فراهم کردن شواهد

از واحد یا سامانه سیاست‌گذار انتظار می‌رود برای فراهم کردن شواهد «وضع موجود را شناسایی، داده‌ها را جمع‌آوری و به اطلاعات تبدیل کند و با آگاه بودن از اطلاعات درست در دسترس و عدم دسترسی به سایر

اطلاعات مورد نیاز بتواند پژوهش و تحقیق سفارش دهد، آنالیز ذی‌نفعان انجام دهد و مشارکت آنها را جلب کند، در اسرع وقت بتواند بررسی نظام‌مند متون و بررسی تطبیقی تجربه‌های دنیا را انجام دهد، از بهترین‌های موجود در دنیا خبر داشته باشد و بتواند آنها را به داخل انتقال بدهد. الزامات و فرآیندهای بومی و محلی را شناسایی کند. مطالعاتی را باید انجام دهد که مبانی سیاست‌گذاری کلان سلامت را بتوان بر اساس آن برقرار کرد. به عبارت دیگر پژوهش‌هایی از نوع تحلیل مسایل و مشکلات برای اثبات وجود آنها یا ریشه‌یابی مشکلات و نهایتاً پژوهش‌هایی برای حل مسایل و انتخاب گزینه‌ها و راه‌حل‌ها انجام دهد. وجود واحدهای تحقیق و توسعه در معاونت‌ها خوب است ولی باید یک چتر فنی بالای سر آنها وجود داشته باشد و یک همسوکننده داشته باشند»

## ۲- تولیت و اولویت‌بندی

از چنین واحدی انتظاری‌رود برای تولیت نظام سلامت «اولاً افراد آن اعتقاد راسخ داشته باشند که مسئول تولیت سلامت هستند و اراده قوی برای این کار به وجود آید، سپس از نظام سلامت و استراتژی جمهوری اسلامی تعریف داشته باشد، ابزار مبتنی بر خرد برای اولویت‌بندی و انتخاب و همچنین ابزارهای بومی برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و استقرار آنها را طراحی نماید و به طور مستمر تعیین کند که کجا هستیم و به کجا می‌خواهیم برویم. تفکر ساختن شواهد را به درون معاونت‌ها و ادارات ببرد. ابزارهایی برای کنترل نظام سلامت طراحی کند و در اختیار داشته باشد. این کانون باید پاسخ‌گوی همه معاونت‌ها و حتی واحدهای مستقل وابسته به وزارت بهداشت باشد. چنان‌چه در هر مورد یا بخشی نیاز و ضرورتی برای سیاست‌گذاری به وجود آمد باید با آمادگی علمی و فنی حضور داشته و دخالت کند»

## ۳- آموزش و جلب مشارکت افراد

لازم است چنین واحدی «نیروهای جدید را آموزش بدهد و مفاهیم سلامت را به فضای ذهنی سیاست‌گذاران وارد نماید. با شروع و استمرار روند آموزشی می‌توان فرهنگ‌سازی ذهنی سیاست‌مداران را پیگیری نمود که پس از چند سال هر کسی که می‌خواهد در امور سیاست‌گذاری مدیریت و یا فعالیت کند تأییدیه آموزشی آن واحد را داشته باشد». در زمینه ارتباط و مشارکت افراد «باید از همه تجربیات موجود استفاده نماید و افراد ناهمگن را همگن کند، بر اساس آنالیز ذی‌نفعان با آنها ارتباط برقرار کند و از ایشان نظرسنجی انجام دهد. ارتباط نزدیک و ساختاری با کسانی که وظیفه سازمانی آنها تولید سیاست است

برقرار کند. یک زبان مشترک، شبکه مشترک و نقشه مشترک که موضوع سیاست‌گذاری در آن تعریف شود طراحی کند. گزارشات سیاست‌متناسب با مخاطبین مختلف بنویسد. فرهنگ سیاست‌گذاری شواهد مدار را ترویج دهد. نقش میانجی دانش را برای ایجاد پلی بین دانش پژوهشی و سیاست و اجرا ایفا کند. جاهایی که سیاست کشور را معین می‌کنند مثل شورای عالی سلامت، مجلس و ... این واحدها را بشناسند. باید از طریق رهبری انجمن‌های علمی و فعال کردن آنها یک مطالبه اجتماعی به وجود بیاورد. انجمن‌ها به جای حرف صنفی، حرف علمی بزنند و آن می‌تواند به مردم انتقال داده شود و یک مطالبه اجتماعی به وجود بیاید که در آن صورت سیاست‌مداران هم توجه می‌کنند. مشارکت افراد صاحب‌نظر و مدیران گذشته هم خوب است و هم بد. اگر نیابند ممکن است برخی تجارب و نکات را از دست بدهیم. اگر بیابند ممکن است به علت این که افراد صاحب تجربه‌ای شده‌اند جلسه را در دست بگیرند و یا با عدم موافقت با بعضی موضوعات، حرکت را کند کنند. کسی که می‌خواهد آنها را هدایت و رهبری کند باید خودش فرد قوی باشد (وزیر یا رئیس واحد) تا بهتر بتواند از ظرفیت‌ها و قابلیت‌های محوری افراد استفاده کند.

#### ۴- تدوین، تصویب، اجرا و پایش سیاست

در زمینه تدوین و تصویب سیاست «اول از همه مبتنی بر شواهد، پیش‌نویس سیاست بدهد، شورای سیاست‌گذاری سلامت و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را تغذیه کند، استراتژی و برنامه کلان (پنج ساله) تهیه کند و هماهنگی سیاست‌ها و برنامه‌ها را انجام دهد. یک راهنمای عملی و اجرایی برای سیاست و تصویب آن داشته باشد و بر آن اساس نسبت به نهادینه کردن سیاست‌گذاری در بخش سلامت اقدام نماید. در نقد سیاست‌ها فعال باشد، هم سیاست‌های دیگران و هم سیاست‌هایی که خود در وضع آنها نقش داشته است» در زمینه اجرا باید «طراحی عملیاتی انجام دهد و استقرار برنامه اجرایی را پیگیری کند، مقاومت‌ها را تحلیل کرده و برای سیاست، بازاریابی کند. البته اجرا را می‌توان به معاونت مربوطه سپرد به طوری که ظرفیت‌سازی برای اجرای سیاست‌ها در محیط بر عهده آنان باشد. یک گزارش استقرار سیاست تهیه کند». برای پایش و ارزشیابی «ابزار مناسبی طراحی و شاخص‌ها را تعیین کند. ارزشیابی سیاست باید بر عهده خود این واحد باشد. تهیه گزارش ارزیابی اثرات سیاست، ضروری است که متعاقب این گزارش باید پاداش هم داده شود».

## جایگاه، اختیارات و امکانات واحد سیاست‌گذاری

### نیروی انسانی:

در این محور بیشترین نظرات در مورد نیروی انسانی به عنوان اصلی‌ترین منبع واحد سیاست‌گذار ارایه شده است که در زیرحیطه‌های ثبات و انگیزش، انتخاب و آموزش قابل دسته‌بندی است.

ثبات و انگیزش: برای ثبات و انگیزش نیروی انسانی چنین واحدی «افراد باید ثابت باشند و این همه تغییر و جابجایی افراد وجود نداشته باشد، اگر کسی آمد و مخالف بود، نباید بتواند آدم‌ها را بیرون کند. از نظر منابع انسانی همه افرادی که با واحد همکاری می‌کنند حتماً نباید استخدامی باشند. افراد استخدامی کارمند می‌شوند و در این صورت ممکن است به روزمرگی عادت کنند و فاقد خلاقیت و نوآوری شوند. تعداد کمی استخدام باشند ولی اختیار لازم داشته باشد تا بتواند از همه نیروها به شکل‌های مختلف استفاده کند. اتصال به مراکز علمی (دانشگاهی یا پژوهشی) داشته باشد، ردیف هیأت علمی داشته باشند. امنیت شغلی مهم است. باید مشکل مالی نیروی انسانی حل شود، یک دیدگاه سخاوت‌مندانه باید در پرداخت‌ها (حقوق و مزایای مالی) بر اساس قیمت واقعی خدمت وجود داشته باشد. کارها به صورت پروژه انجام شود و پرداخت‌ها هم مبتنی بر عملکرد باشد. ارزش گذاشتن به این افراد و این واحد بسیار مهم است و احساس مفید بودن فرد و انگیزه‌های اجتماعی بالایی که این افراد دارند و همچنین تدارک محیط و فضای کاری مناسب برای آنان مهم است. البته باید بستر رشد و توسعه برای این افراد فراهم شود. به تعداد کافی افراد ارتباطی و پشتیبانی باشند که فرصت‌ها، زمان، کارآیی و احترام سایر اعضا از دست نرود. دبیر یا رئیس آن از فنی‌ترین افراد وزارت بهداشت به صورت دایم باشد. حتماً باید مشاورین بین‌المللی و خارجی هم با این واحد در ارتباط باشند. بدنه اندک با مشاورین زیاد (افراد محقق، باتجربه و نظریه پردازان) برای این مرکز خوب است. هر معاونت یک کرسی در این واحد ایجاد و به صورت چرخشی باشد، مثلاً سالیانه. افراد کار تیمی را تمرین کنند و توسعه دهند به مانند یک گروه شکل گرفته و منسجم تبدیل شوند؛ البته گروه شدن، روش، آموزش و زمان می‌خواهد».

انتخاب شایستگان با روش علمی: واحد سیاست‌گذاری به سه گروه از افراد نیاز دارد: ۱- افراد سیاسی که دو دسته‌اند: (افراد باتجربه و مجریان ارشد فعلی)، ۲- افراد فنی و ۳- افراد ارتباطی و پشتیبانی. بهتر است دو



گروه سیاسی و فنی از هم جدا باشند. در انتخاب افراد فنی و کارشناسان خبره باید صلاحیت آنها با وسواس بیشتری مورد بررسی قرار گیرد و انتخاب آنها سیاسی نباشد، نباید محدود به افراد داخل وزارتخانه باشیم و در موارد لزوم به سراغ افرادی که در دانشگاه‌ها و جاهای دیگر موفق هستند، برویم. در انتخاب افراد سیاسی، پیدا کردن فرد درست<sup>۱</sup> بسیار مهم است و باید فردی را پیدا کنیم که منافع سازمان و کشور را ببیند و در آن جهت کار کند. از افراد صاحب صلاحیت و قدیمی به نوعی استفاده شود، دبیر یا رئیس، سنجش صلاحیت شوند و سیاسی انتخاب نشوند، افراد سیاسی هم باشند، اما اعتقاد به تخصص داشته باشند. باید معیارهایی برای رئیس این واحد تعریف شود و در خصوص این شرایط، گروه‌هایی مثلاً یک گروه وابسته به مراجعی چون مجلس و یا هیأت امناء نظر بدهد و چند نفر واجد شرایط (فنی) را به وزیر معرفی کند».

آموزش درون و برون واحدی: آموزش افراد درون‌سازمانی (از طریق برگزاری کارگاه آموزشی یا توسعه آموزش از راه دور یا الکترونیکی) برای دستیابی به دانش و مهارت‌های تخصصی مورد نیاز بسیار مهم و اساسی است. باید افراد دانش و مهارت هم‌سطح به‌دست آورند (استاندارد بودن خروجی). چند رشته‌ای بودن آموزش‌های نیروی انسانی نکته اساسی است. باید از بهترین تجربیات موجود داخل و خارج از کشور خبر داشته باشند و بتوانند آن را به داخل انتقال بدهند. تورهای مطالعاتی و مشاهده‌گری در سایر کشورها مناسب است. آموزش افراد خارج از واحد سیاست‌گذاری در آینده دور، محتمل است ولی بهتر است کار دیگری اضافه نشود. چرا که ممکن است کار اصلی واحد گم شده و وظیفه اصلی فراموش شود.

### ساختار:

در مورد ساختار چنین جایگاهی صاحب‌نظران اعتقاد دارند که «ماهیت واحد بهتر است تحقیقاتی و با بودجه و سازماندهی مستقل باشد. باید اختیار بالایی داشته باشد بی‌آنکه مجبور شود از کسی خط بگیرد و فرمان ببرد. قدرت در اختیار رئیس شورا یا واحد باشد ولی هیأت امناء مناسب است، واحد فوق باید معاونتی داشته باشد تا یک جایگاه و شأن ملی پیدا کند (مانند انسیتیو تغذیه سابق). وقتی که به یک دانشگاه وصل

باشد پتانسیل کار ملی را ندارد». البته برخی نیز معتقدند که «هیأت‌امنا به دلیل سهم‌خواهی اعضا و وجود افراد سنتی با خلاقیت کم، جواب نمی‌دهد». در مورد جایگاه، نظرات متفاوتی مطرح می‌باشد. ایجاد جایگاهی مانند مرکز ملی تحقیقات سلامت با امکانات و اختیارات بیشتر، سازمان غیردولتی و بیرون از وزارت بهداشت یا نیمه مستقل بودن و یا قرار گرفتن در داخل ساختار مجلس شورای اسلامی از موارد پیشنهادی بوده است. بعضی از افراد اعتقاد دارند اگر واحد سیاست‌گذاری در داخل وزارت بهداشت قرار گرفت، باید زیر نظر شخص وزیر باشد نه دفتر ایشان. باید از دست وزیر هم تا حدودی خارج باشد ولی مهم‌تر از همه، حمایت و پشتیبانی جدی وزیر را بدنبال داشته باشد. باید یک سیستم یا شبکه‌ای تعریف و یک واحد یا دبیرخانه‌ای با یک مسئول قوی و با ثبات برای سیاست‌گذاری تعیین کرد. باید این مرکز با سایر مراکز تحقیقاتی زیر نظر ارگان‌های مرتبط مثل وزارت رفاه، مجلس شورای اسلامی، سازمان مدیریت، ارتباط و هماهنگی داشته باشد. حتی می‌توان رئیس این مرکز را به گونه‌ای دید که مثلاً نظر وزیر رفاه هم لحاظ شود.

#### اختیار:

در زمینه اختیارات چنین سامانه‌ای افراد مصاحبه شده معتقدند که «این ستاد فقط باید فکر کند و برنامه بدهد. تخصیص بودجه کلان در اختیار واحدی باشد که قرار است روی آن تسلط داشته باشد. به یافته‌ها اهمیت داده شود و برای طرح موضوع در شورای سیاست‌گذاری و یا شورای عالی سلامت شرایطی مبتنی بر داشتن شواهد مد نظر قرار گیرد. مدون کردن مطالعات و مصوبات (مستندسازی مطلوب) بسیار لازم است. اختیار هماهنگی آموزش و پژوهش در مدیریت و سیاست‌گذاری و هم‌چنین اختیار هماهنگی کل پژوهش‌های کاربردی را داشته باشد. سیاست‌های دوره‌های آموزشی-پژوهشی داخل و خارج کشور و ارایه بورس‌های تحصیلی داخل و خارج کشور را تدوین کند. اختیارات در پرداخت‌ها می‌تواند شامل انتخاب روش و میزان پرداخت، عقد هر گونه قرارداد (آموزشی، پژوهشی، خرید و یا فروش خدمات)، امکان گسترده عقد قرارداد با افراد و نهادهای داخلی و خارجی، پرداخت به صورت حقوق، حق جلسات یا پروژه تحقیقی باشد. بهتر است قراردادهای بزرگ پژوهشی با افراد با موافقت و نظارت وزیر منعقد گردد. اختیارات

پرسنلی و ساختاری شامل انتخاب افراد و اعضاء، پیشنهاد تغییر تشکیلات، انتخاب محل و فضای مناسب کار داشته باشد.

### منابع مالی:

صاحب‌نظران در مورد تأمین مالی این مرکز معتقدند «ابتدا پول دولتی ولی غیرشمول باشد. در چنین شرایطی سیستم صاحب نفوذ و اثرگذار می‌شود، درخشش پیدا می‌کند و می‌تواند خودش هم کار بگیرد و منابع را خودش جذب کند. بخشی از هزینه‌ها از منابع مالی موجود و متداول قابل تأمین است ولی حداقل ۵۰ درصد پول خارج شمول و در خارج مسیر اداری هزینه گردد. از منابع پژوهشی دانشگاه‌ها هم می‌توان بخشی را کسب کرد. از مالیات‌های مازاد مانند سیگار و نوشابه می‌توان برای تحقیقات استفاده کرد. منابعی را می‌توان از بیمه و یا با یک حکم کلی در مجلس شورای اسلامی از محل دیگر تأمین کرد. برای مثال مسکن، ۵/۲ درصد اعتبارات عمرانی را در راستای اداره پشتیبانی خرج می‌کند که یک قانون دایمی شده است و در قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت آمده است. استفاده از پول‌های سازمان‌های خارجی مانند سازمان جهانی بهداشت (WHO) و بودجه‌های تحقیقاتی کاربردی پیشنهاد می‌شود.

### هفت ویژگی یا اصل کلی یک سامانه سیاست‌گذاری سلامت

با توجه به نظرخواهی از افراد صاحب‌نظر کشوری خصوصیات یک سامانه سیاست‌گذاری سلامت که هم ملاحظات و شرایط محلی را در نظر گرفته باشد و هم با چرخه سیاست‌گذاری مطابقت داشته باشد باید دارای هفت ویژگی یا اصل کلی به شرح زیر باشد. توصیه می‌شود این هفت ویژگی در فرایند سیاست‌گذاری چه در سطح ملی و چه در سطح استانی و پایین‌تر مورد توجه و تأکید دست‌اندرکاران قرار گیرد.

### 🔸 جلب مشارکت ذینفعان: مشارکت منطقی ذینفعان در تدوین، تصویب و استقرار سیاست

سلامت (متخصصین موضوعی فردی و جمعی مانند انجمن‌های علمی، مجریان سیاست و کاربران که منظور مردم هستند)، ایجاد سامانه بهره‌گیری از مشاوره‌های بین‌المللی.

✎ **پاسخ‌گویی اجتماعی:** سیاست‌گذاری مبتنی بر نیازهای اولویت‌دار سلامت، استقرار نظام مستندسازی و نگهداری محصولات فرایند سیاست‌گذاری سلامت و اطلاع‌رسانی مستمر به مخاطبان و طراحی فرایندهایی که سیاست مورد نظر از مطالبات مردم باشد.

✎ **ضمانت اجرا:** سطح‌بندی حدود و وظایف مرتبط با چرخه سیاست‌گذاری «تولید شواهد، تدوین سیاست، تصمیم‌گیری، اجرا و پایش و ارزشیابی در سطوح ملی، استانی و شهرستانی» و ایجاد سامانه‌های مورد نیاز در این سطوح، تدوین بسته آموزشی و توجیهی مجریان سیاست و خدمت‌گیرندگان، بکارگیری اصطلاحات مشترک سیاست‌گذاری و ترویج سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

✎ **شایسته‌سالاری:** فراخوان طرح‌های مطالعاتی ملی، به کارگیری متخصصین رشته‌های مرتبط با چرخه سیاست‌گذاری سلامت، تشکیل و مدیریت شبکه‌های خبرگان سلامت در حیطه‌های مختلف، توانمندسازی مستمر کارشناسان مرتبط چرخه سیاست‌گذاری سلامت در سطوح ملی، استانی و شهرستانی، ایجاد نظام بهره‌مندی از تجربیات خبرگان بازنشسته و یا مهاجرت کرده نظام سلامت.

✎ **متولی باثبات:** استقلال ساختاری، یکپارچه‌سازی مراکز پراکنده سیاست‌ساز و تصمیم‌گیر، دبیرخانه‌ای با رویه شفاف و مرحله‌بندی شده تدوین، تصویب، اجرا و پایش و ارزشیابی سیاست‌ها، داشتن چارچوب و دستورالعمل مدون برای تدوین و استقرار یک سند سیاست سلامت در سطح ملی با ساختاری که بتواند نیازهای سیاست‌گذاران را به محققان ملی انتقال داده و نتیجه کار آنان را گرفته و به صورت طبقه‌بندی شده به سیاست‌گذاران ارائه نماید.

✎ **استناد به شواهد:** راه‌اندازی واحد دیده‌بانی سلامت و اتصال متولی سامانه به این واحد، به کارگیری برنامه‌ریزی شده کلیه مراکز تحقیقاتی کشور در تولید شواهد و تقسیم کار ملی، اختیار کامل در عقد قرارداد، پرداخت و برون‌سپاری برای تولید شواهد، اختیار کامل در اجرای طرح‌های پایلوت، توانمندسازی کارشناسان به عنوان میانجی و جلب حمایت.

✎ **توانایی همکاری و هماهنگی:** ترسیم نقشه راه سلامت کشور، هماهنگی عمودی (همسو بودن سیاست‌های مقطعی با برنامه‌های بالادستی و برنامه‌های استانی مانند نقشه‌های جامع و برنامه -

های توسعه) و افقی (هماهنگی سیاست‌ها و برنامه‌های معاونت‌های ستادی وزارت و یا دانشگاه-های علوم پزشکی)، هماهنگی و مدیریت برنامه‌های پیشنهادی سازمان‌های بین‌المللی مانند سازمان جهانی بهداشت (WHO) و جلب همکاری و حمایت سازمان‌های مؤثر در سلامت مردم.

### انتظارات از دانشگاه‌های علوم پزشکی در فرآیند یکپارچه‌سازی سیاست‌گذاری و برنامه توسعه سلامت

- فعال‌سازی اتاق‌های فکر در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- همکاری با موسسه ملی تحقیقات سلامت (دیده‌بانی شاخص‌های سلامت کشور و منطقه و تقویت و تولید شواهد معتبر)
- کمک در تدوین چالش‌هایی که در نظام سلامت دارای اولویت است.
- تقویت سرمایه انسانی در سطح استانی و شهرستانی برای تصمیم‌گیری و مدیریت کارآمد بومی در نظام سلامت
- برگزاری نشست‌های تخصصی برنامه‌ریزی سلامت در سطح استانی و منطقه‌ای
- مشارکت در تدوین برنامه عملیاتی بسته‌های اجرایی برنامه پنجم توسعه سلامت
- تهیه برنامه‌های راهبردی و عملیاتی دانشگاه بر اساس برنامه پنجم سلامت
- تقویت مدیریت اجرایی برنامه دانشگاه از طریق مدیریت و بودجه‌ریزی عملیاتی
- مشارکت فعال با سامانه پایش برنامه‌های توسعه سلامت در سطح ملی
- تدوین و اجرای برنامه همکاری بین‌بخشی دستگاه‌های اجرایی برای ارتقاء عادلانه سلامت در جامعه

## سابقه موضوعات مطرح شده در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شورای سیاست‌گذاری با برگزاری جلسات متعدد، موضوعات زیادی را در قالب پیشنهادات، مشکلات نظام سلامت و یا اتخاذ راهکارهای اصلاحی مورد بحث و بررسی کارشناسی قرار داده که تعدادی از موضوعات مطرح و بررسی شده به شرح زیر بیان می‌گردد:

- ✎ ایجاد سازمان غذا و دارو
- ✎ کارکردها و وظایف هیأت‌های امناء
- ✎ بازنگری و اصلاح برنامه آموزش مداوم گروه پزشکی
- ✎ متکلف شدن دولت در سلامت مردم و محدودیت خصوصی‌سازی در نظام سلامت
- ✎ بازنگری و اصلاح طرح نیروی انسانی
- ✎ بازنگری و اصلاح مدیریت بیمارستان‌های دولتی
- ✎ بازنگری و اصلاح برنامه‌های توان‌بخشی در سطح سوم
- ✎ تعیین راهکارهای ارتقای بودجه برای ایجاد و توسعه ارتباطات با صنعت
- ✎ مدیریت و ساماندهی تجهیزات پزشکی
- ✎ بازنگری و اصلاح برنامه‌های آموزش پزشکی
- ✎ ایجاد و توسعه عدالت در بهداشت و درمان
- ✎ بررسی و تحلیل تفاوت هزینه‌های درمانی در بیمارستان‌های آموزشی نسبت به بیمارستان‌های درمانی و اثرات آن بر بیمار
- ✎ ایجاد ساز و کارهای تعامل سیستم با انجمن‌های علمی تخصصی نظام پزشکی و فرهنگستان علوم پزشکی

- 👉 بازنگری و اصلاح برنامه‌های اجرایی فرهنگی دانشگاه‌ها
- 👉 بازنگری و اصلاح اداره خوابگاه‌های دانشجویی
- 👉 بررسی و تحلیل تشکیل آژانس‌های خدمات پزشکی
- 👉 ساماندهی جذب بیمار از خارج کشور و توسعه و گسترش توریسم درمانی
- 👉 ساماندهی صدور خدمات فنی به خارج از کشور
- 👉 بررسی و تحلیل بودجه پژوهش در GNP
- 👉 ایجاد مرکز تروما
- 👉 بررسی، تحلیل و تدوین سیاست‌های صرفه‌جویی در وزارت بهداشت
- 👉 ایجاد رشته‌های میان رشته‌ای با وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
- 👉 مدیریت و ساماندهی اورژانس
- 👉 رسیدگی به مشکلات پزشکان عمومی
- 👉 بررسی، تحلیل و راهکارهای جذب نخبگان
- 👉 بررسی، تحلیل و امکان‌سنجی ایجاد رشته‌های تخصصی مورد نیاز براساس جمعیت و جنسیت
- 👉 بررسی و تحلیل راهکارهای عادلانه کردن سهم مردم از مصرف خدمات درمانی
- 👉 بازنگری و اصلاح نحوه انتخاب اعضای هیأت‌های ممتحنه دانشنامه تخصصی
- 👉 بازنگری و اصلاح نحوه ارزیابی بخش‌ها و گروه‌های بالینی
- 👉 بررسی و تحلیل نیازهای پایه دانشجویان
- 👉 بررسی و تحلیل نحوه تشویق پژوهشگران

- 👉 بررسی، تحلیل و راهکارهای فعال کردن مراکز تحقیقاتی موجود
- 👉 تعریف جایگاه‌های هر مرکز در نظام توسعه ملی کشور
- 👉 بررسی و تحلیل راهکارهای تشویق تحقیقات پایه
- 👉 بازنگری و اصلاح بیمه روستائی
- 👉 بررسی شیوه توزیع بودجه تحقیقات به مراکز تحقیقاتی موجود
- 👉 بررسی و تحلیل سلامت و دین
- 👉 بررسی و تحلیل راهکارهای ارتقای جایگاه مدیریتی زنان در بخش سلامت
- 👉 بازنگری و اصلاح طرح کارانه نظام نوین
- 👉 بررسی ادغام
- 👉 بررسی، و تحلیل راهکارهای عملیاتی کردن برنامه چهارم توسعه
- 👉 بازنگری و اصلاح برنامه کشوری اطلاع‌رسانی و آموزش ایدز و رفتارهای مخاطره‌آمیز برای جوانان
- 👉 بررسی، تحلیل و راهکارهای تجویز منطقی دارو
- 👉 بررسی و تحلیل نیازسنجی اقلام مصرفی پزشکی و آزمایشگاهی
- 👉 بررسی و تحلیل میزان ساعت کار و نسبت پیراپزشکان در بیمارستان‌های خصوصی
- 👉 بررسی و تحلیل میزان رعایت اصول ایمنی مراقبت از بیماران و رعایت دستورات پزشک توسط پرستاران
- 👉 بررسی و تحلیل شرایط حرفه‌ای پیراپزشکان
- 👉 طرح رسیدگی به مشکلات پیراپزشکان
- 👉 بررسی جایگاه سوپروایزران آموزشی در مراکز بهداشتی درمانی



👉 بررسی و تحلیل ساعت کار، حقوق و دستمزد و نسبت پرستاران و پیراپزشکان به تخت در ایران

👉 بررسی و تحلیل طرح سطح‌بندی خدمات مادر و نوزاد

👉 بررسی و تحلیل عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت

### سیاست‌های ابلاغ شده از طرف شورای سیاست‌گذاری

شورای سیاست‌گذاری از بین موضوعاتی که مورد بررسی قرار داده، تعدادی از سیاست‌های اجرایی به شرح زیر را تصویب و جهت عملیاتی کردن آن به واحدهای مرتبط ابلاغ نموده است.

- 👉 کدهای اخلاق پزشکی
- 👉 نظام رعایت حقوق بیمار
- 👉 تدوین درس اخلاق پزشکی
- 👉 طرح جامع سلامت روان کشور
- 👉 پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد
- 👉 تشکیل گروه اخلاق پزشکی
- 👉 تشکیل کمیته اخلاق پزشکی در بیمارستان‌ها و رعایت مفاد منشور اخلاق پزشکی و حقوق مشتریان نظام سلامت
- 👉 ابلاغ راهنماهای اخلاق در پژوهش
- 👉 ابلاغ شش سیاست محوری برای معماری و زیرساخت طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت
- 👉 حمایت از بیمارستان‌های ارایه‌کننده خدمت به معتادان
- 👉 گسترش پوشش بیمه‌ای بیماران معتاد
- 👉 متمرکز کردن سیاست‌گذاری در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- 👉 تدوین و راه‌اندازی دوره‌های آموزشی
- 👉 حمایت از پژوهش‌های مرتبط

- تعهدات خدمتی اعضای هیات علمی
- ساماندهی به وضعیت انتقال خون
- تدوین آئین‌نامه شورای عالی سلامت (بند الف ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه)
- پرونده الکترونیک بیمار (E Health)
- خرید مجلات الکترونیک

شورای سیاست‌گذاری به منظور تسریع در سیاست‌سازی موضوعات کلان و اولویت‌دار و استفاده مطلوب از ظرفیت‌ها و قابلیت‌های موجود دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، سیاست‌سازی تعدادی از موضوعات موثر بر سلامت را در قالب برون‌سپاری به بعضی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور واگذار نموده که به چند مورد به شرح زیر اشاره می‌گردد:

- هیأت امناء و ماده ۴۹ ➡ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- بازبینی طرح کارانه ➡ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- توریسم درمانی ➡ دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- پزشک خانواده و سیستم ارجاع ➡ دانشگاه علوم پزشکی تبریز

**تجاری از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

#### ۱- تدوین منشور حقوق بیمار

رضایت‌مندی بیماران یکی از مشخصه‌های اثربخشی خدمات بیمارستانی محسوب می‌شود. لازمه دست‌یابی به رضایت‌مندی بیماران، رعایت حقوق آن‌هاست. تدوین منشور حقوق بیمار که از سال ۱۳۸۵ توسط معاونت سلامت (وقت) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیگیری شده یکی از برون‌دادهای مهمی است که

در چارچوب سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد تجربه شده است. لذا جهت آشنایی مدیران، کارشناسان و دانشجویان بخش سلامت، فرایند تدوین منشور حقوق بیمار که یکی از تجارب موفق سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد به حساب می‌آید، به‌طور خلاصه تشریح می‌گردد.

### مراحل طی شده در تدوین منشور حقوق بیمار

- ✓ مرور جامع منابع موجود
  - ✓ مطالعات میدانی
  - ✓ تدوین پیش‌نویس اول منشور حقوق بیمار
  - ✓ نظر سنجی مکاتبه‌ای از صاحب نظران
  - ✓ تدوین پیش‌نویس دوم منشور حقوق بیمار
  - ✓ نظر سنجی حضوری (مصاحبه‌ای) از صاحب نظران
  - ✓ تدوین پیش‌نویس سوم منشور حقوق بیمار
  - ✓ برگزاری کارگاه مشورتی منشور حقوق بیمار در ایران
  - ✓ طرح و تصویب منشور نهایی شده حقوق بیمار در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت
- در مرحله بررسی متون مطالعات نسبتاً وسیعی در موضوعات زیر انجام گرفت :
- کتاب تعهدات پزشکان در متون اخلاق پزشکی در دوران پیش از اسلام
  - کتاب تعهدات پزشکان در متون اخلاق پزشکی در دوران تمدن اسلامی

✎ گزیده‌ای از متون اخلاق پزشکی در سایر مذاهب و فرهنگ‌ها

✎ سوگندنامه‌ها و آیین‌های اخلاقی در پزشکی معاصر

✎ حقوق بیمار در بیانیه‌های بین‌المللی

✎ حقوق بیماران در آمریکا

✎ منشور حقوق بیمار در کشورهای جهان

✎ پیش‌نویس منشور پیشنهادی حقوق بیمار در ایران

در مرحله دوم، مطالعه میدانی تحت عنوان بررسی نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های آموزشی درمانی نمونه (درجه یک) خصوصی و دولتی در خصوص ضرورت و میزان رعایت حقوق بیمار در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت که بر اساس نتایج مطالعه مروری و پژوهش میدانی، پیش‌نویس اول منشور حقوق بیمار تدوین و به صورت مکاتبه‌ای برای تعدادی از صاحب‌نظران ارسال شده تا هر کدام از صاحب‌نظران بعد از مطالعه و نقد موارد، نظرات اصلاحی و یا تکمیلی خود را کتبا اعلام نمایند. با اعمال نقطه نظرات و پیشنهادات افراد بررسی‌کننده پیش‌نویس اول، پیش‌نویس دوم تهیه شد که در خصوص متن پیش‌نویس دوم با تعدادی از صاحب‌نظران مصاحبه حضوری به عمل آمده و با لحاظ نمودن نقطه نظرات اصلاحی آنها، پیش‌نویس سوم تهیه گردید. پیش‌نویس سوم در کارگاه مشورتی که جمعی از نمایندگان انجمن‌های حمایت از بیماران خاص (روانی مزمن، تالاسمی، هموفیلی)، نمایندگان سازمان نظام پزشکی، پزشکان، پرستاران و حقوق‌دانان منتخب، کارشناسان اخلاق پزشکی، نماینده بیمه‌های خدمات درمانی و نیروهای مسلح حضور داشتند به بحث و تبادل نظر گذاشته شد که نظرات شرکت‌کنندگان با لحاظ نمودن موانع عملیاتی شدن هر حق و بررسی راهکارهای اجرایی، جمع‌بندی شده و اصلاحات لازم به عمل آمد. در مرحله تکمیلی پیش‌نویس اصلاح شده سوم جهت بررسی و ارائه پیشنهادات در خصوص موانع و راهکارهای اجرایی شدن هر حق، به دانشگاه‌های علوم پزشکی ارسال شده است و در مرحله نهایی بعد از اعمال نظر پیشنهادات دانشگاه‌های علوم پزشکی نسبت به تهیه پیش‌نویس چهارم منشور حقوق بیمار و طرح و تصویب آن در شورای سیاست‌گذاری اقدام گردید. منشور

مصوب حقوق بیمار که شامل ده ماده زیر می‌باشد به عنوان سندی رسمی بیانگر حقوق بیماران بوده و از این رو ضروری است که در تدوین برنامه‌های عملیاتی و شاخص‌های ارزیابی مدنظر قرار گیرد.

۱- بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، موثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.

۲- بیمار حق دارد در محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد.

۳- بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود، اطلاعات ضروری را شخصاً در صورت تمایل از طریق یکی از بستگان خود از پزشک معالج درخواست نماید. در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی بیمار گردد.

۴- بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان، اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی یا کاربرد سایر روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید.

۵- بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه، طبق موازین قانونی، رضایت شخصی خود را از خاتمه درمان اعلام یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.

۶- بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که بر اساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می‌گیرد، اطمینان حاصل نماید.

۷- بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد. لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موقوف به کسب اجازه بیمار خواهد بود.

۸- بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه در طول بستری، انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.

۹- بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او موثرند، تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید.

۱۰- بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه و پوشش بیمه‌های خدمات در مرکز درمانی مطلع گردد.

بعد از تصویب منشور ده ماده‌ای فوق مقرر گردید شورای سیاست‌گذاری با تشکیل کارگروه مشورتی مناسب دستورالعمل اجرایی منشور حقوق بیمار را تنظیم کند و معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز بر اساس منشور مصوب، شاخص‌های ارزیابی وضعیت حقوق بیمار را در مراکز ارائه‌کننده خدمات سلامت طراحی و در ارزشیابی مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی، عملیاتی نماید. معاونت آموزشی هم با همکاری معاونت سلامت، برنامه آموزشی حقوق بیمار را در کوریکولوم‌های آموزشی رشته‌های مختلف علوم پزشکی به فراخور نیاز گنجانده و کارگاه‌ها و سمینارهای آموزشی مناسب را در این خصوص طراحی و یا حمایت نماید. معاونت تحقیقات و فن‌آوری ضمن همکاری با معاونت‌های سلامت و آموزشی، از انتشارات و پژوهش‌های میدانی و بنیادی صورت گرفته در حوزه حقوق بیمار حمایت و در جهت فرهنگ‌سازی مناسب موضوع، سمینار کشوری حقوق بیمار را مبتنی بر تجربیات به دست آمده برگزار نماید. بدین ترتیب تدوین منشور حقوق بیمار و طرح و تصویب و اجرای آن در سطح ملی یکی از تجارب سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد می‌باشد که ضمن رعایت مسیر علمی، به جنبه‌های سیاسی، مذهبی و فرهنگی کشور و خواسته‌های ذینفعان توجه شده است. گرچه در تدوین منشور حقوق از سال ۱۳۸۵ تا سال ۱۳۸۹ یک فرایند تقریباً چهار ساله طی شده است لیکن به نظر می‌رسد به دلیل عدم دسترسی به شاخص‌های ارزیابی وضعیت حقوق بیمار و عدم انجام پایش و ارزشیابی علمی و جامع در سطح ملی هنوز هم مراحل کامل را بر اساس چرخه جامع سیاست‌گذاری طی نکرده باشد که این باید مورد توجه و عنایت سیاست‌گذاران و مجریان قرار گیرد.

## ۲- استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های دولتی

### مقدمه

در کشورهای مختلف تا به امروز روش‌ها و ابزارهای متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های سلامت به کار گرفته شده‌اند. از میان این روش‌ها و ابزارها، حاکمیت بالینی<sup>۱</sup> برای نخستین بار در سیستم سلامت انگلستان<sup>۲</sup> به عنوان استراتژی ارائه شده از سوی دولت و به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی در سال ۱۹۹۸ مطرح شد. حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارایه‌دهنده خدمات بالینی در قبال بهبود دایمی کیفیت، پاسخ‌گو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند. حاکمیت بالینی به‌طور همزمان توجه خود را روی مسئولیت‌پذیری جهت حفظ سطح مراقبت‌های کنونی و نیز ارتقاء وضعیت کیفی مراقبت‌های آتی مبذول می‌دارد. هم‌چنین مفهومی است که می‌کوشد روش‌ها و ابزارهای گذشته در سنجش و ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها، ادغام و یکپارچه شوند. حاکمیت بالینی شامل مفاهیمی چون بهبود کیفیت اطلاعات، ارتقاء مشارکت و همکاری بیماران، بهبود کار گروهی و اجرایی نمودن پزشکی مبتنی بر شواهد است و همانند چیزی است که هر چیزی را که به حفظ و ارتقای استانداردهای مراقبت از بیمار کمک می‌کند، پوشش می‌دهد.

### دلایل بهره‌مندی از حاکمیت بالینی

شورای سیاست‌گذاری با بحث و بررسی در خصوص امکان بکارگیری یک ابزار مناسب برای ارتقای تولید و ارایه خدمات بالینی به این نتیجه رسیده که در حال حاضر در محیط بیمارستانی برنامه‌های متعددی برای ارتقای کیفیت وجود دارد. از طرف دیگر رضایت از خدمات بیمارستانی، درمانگاهی و پزشکی خانواده ناکافی است. تلاش‌های کارکنان و مسئولان نظام سلامت در ارایه خدمت نیازمند ارتقا است. بنابراین با توجه به جنبه‌های متعدد کیفیت از جمله: اثربخشی خدمت، مصرف بهینه منابع، ارایه عادلانه خدمات، ایمنی، به‌موقع

---

1 - Clinical Governance

2 - NHS (National Health System)

و متناسب بودن خدمات، توجه به خواسته‌ها و انتظارات فرهنگی و مذهبی مردم و توجه به اصلاح ساز و کارهای ارتقای کیفیت، ضرورتی اجتناب ناپذیر می‌باشد.

### چالش‌های موجود در مدیریت ارتقای کیفیت خدمات

- ✓ وجود برنامه‌های متعدد و ناهماهنگ در دانشگاه‌های علوم پزشکی و در ستاد وزارت
- ✓ وجود کمیته‌های متعدد با جایگاه‌های متنوع
- ✓ به رغم تاثیر مثبت، نتیجه ناخواسته و جانبی این وضعیت، باعث گسسته شدن فرایند کیفیت می‌شود
- ✓ از دست دادن دید جامع‌نگر و بعضاً عملکرد مقطعی
- ✓ نیاز به نظام جامع و ملی ارتقای کیفیت

### معیارهای مدل مطلوب ارتقای کیفیت خدمات سلامتی

- ۱- پوشش نیازهای نوین سیستم‌های سلامت (مدیریت خطر، پاسخگویی به استفاده کنندگان، خدمات مبتنی بر شواهد...)
- ۲- جامعیت
- ۳- انعطاف پذیری (امکان تطابق با شرایط و سیاست‌های بهداشتی و درمانی در ایران، تغییرات آینده در سیاست‌های سلامت کشور)
- ۴- به کارگیری گسترده کارکنان بهداشت و درمان (اعم از بالینی و غیر آن)
- ۵- قابلیت پیاده سازی با حداقل حمایت بیرونی (امکان توانمندسازی کارکنان در جهت پیاده‌سازی مدل)
- ۶- پاسخ‌گویی به مشکلات جاری نظام ارایه خدمات (حذف فرآیندهای مزاحم)



### کدام مدل برای نظام سلامت ایران مناسب است؟

خاستگاه‌ها و مدل‌های مختلفی برای ارتقای کیفیت در طول زمان معرفی شده‌اند. مثل ارزیابی کیفیت، تضمین کیفیت، ارزیابی بالینی، ارتقای مداوم کیفیت، مدیریت جامع کیفیت، تعالی خدمات بالینی. اما نظام‌های سلامت به تجربه آموخته‌اند که هیچ روش یا مدلی به تنهایی قادر به حل تمام مشکلات کیفیت خدمات سلامت نیست.

### نظام جامع ملی ارتقای کیفیت سلامت

نظام جامع ارتقای کیفیت سلامت حداقل باید دارای سه جزء اساسی زیر باشد:

🚦 ساختار و فرایندهای ملی و منطقه‌ای برای شناسایی هدف‌ها و راهبردهای ملی سلامت، استانداردها و راهنماهای بالینی

🚦 ساختار مناسب برای اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت، به کارگیری راهنماهای بالینی و دستیابی به استانداردها (نظام حاکمیت خدمات بالینی)

🚦 ساختار مناسب برای پایش و ارزیابی عملکرد و اعتباربخشی

با توجه به بررسی متون به عمل آمده و با در نظر گرفتن توان‌مندی سایر مدل‌های موجود، نظام حاکمیت خدمات بالینی مناسب‌تر از سایر مدل‌های موجود شناخته شده است. ولی علی‌رغم برتری آن، پیش‌تر به چند نکته اشاره شده است که در کنار حاکمیت خدمات بالینی باید مورد توجه قرار گیرد.

✓ یک مدل ارتقای کیفیت در مقابل دیگر مدل‌ها نیست.

✓ یک نظام اعتباربخشی نیست.

✓ محدود به بیمارستان نیست. شواهد متعددی از اثربخشی آن برای خدمات درمانگاهی و پزشکی خانواده وجود دارد.

- ✓ وابسته به ساختاری خارج از نظام سلامت نیست.
- ✓ ایجاد ساختار ارتقای کیفیت در نظام سلامت است.
- ✓ ابزار اعمال تولید نظام سلامت در ارتقای کیفیت است.
- ✓ در کنار آن می‌توان از مدل‌ها و روش‌های مختلف استفاده کرد.

### حیطه‌های اصلی حاکمیت خدمات بالینی

- کارآیی ارابه خدمت<sup>۱</sup>
- مدیریت خطر<sup>۲</sup>
- رضایت بیمار<sup>۳</sup>
- ارزیابی کارآیی حرفه‌ای<sup>۴</sup>

بعد از بررسی توان علمی و سازمانی حاکمیت بالینی که بعضی از ویژگی‌ها و برتری‌های آن برشمرده شد، سئوالات زیادی در جمع اعضای شورای سیاست‌گذاری و مدیران و کارشناسان ارشد وزارت به شرح زیر مطرح و پاسخ‌ها به بحث و تبادل نظر گذاشته شده است.

آیا زمان آن رسیده است؟

آیا توان آن وجود دارد؟

➡ مطالعات و تجربیات کشور

- 
- 1 - Efficiency
  - 2 - Risk management
  - 3 - Patient satisfaction
  - 4 - Professional effectiveness

☛ توانمندی نیروی انسانی

☛ توانمندی تئوریک

☛ توانمندی عملیاتی و صف - تجربه استخدام نیرو

آیا شرایط محیطی برای اجرای آن مناسب است؟

☛ پیشرفت‌های منطقه‌ای و جهانی

☛ انتظار نهادهای تامین‌کننده و نظارتی

☛ انتظار مردم

☛ تعهد و جدیت سیاست‌گذار

☛ اجرای برنامه در سطح ملی

بالاخره با ممکن دانستن بهره‌مندی از حاکمیت خدمات بالینی، موضوع در جلسه شورای سیاست‌گذاری مورخ ۴ آبان ۱۳۸۸ مطرح و مورد پذیرش قرار گرفت و اجرای برنامه ارتقای کیفیت و حاکمیت خدمات بالینی در تاریخ ۱۰ آبان ۱۳۸۸ از طرف مقام وقت وزارت به معاونت‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ گردید که در آن ابلاغ، انتظاراتی برای ستاد وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به شرح زیر تعیین شده است:

### اقدامات مورد نیاز در ستاد وزارت

❖ بازبینی برنامه‌های ارتقای کیفیت و اعتباربخشی (معاونت سلامت)

- ❖ پیشنهاد روال هماهنگی و سیاست‌گذاری منسجم در زمینه ارتقای کیفیت به شورای سیاست‌گذاری (معاونت سلامت، با همکاری معاونت توسعه مدیریت و منابع)
- ❖ نهایی‌سازی شاخص‌های جراحی ایمن و ابلاغ جهت اجرا (معاونت سلامت)
- ❖ پیشنهاد به شورای سیاست‌گذاری جهت سازوکار پرداخت و تامین اعتبار و منابع بر مبنای ارتقای کیفیت در زمینه‌های مختلف (شامل اثربخشی خدمت، مصرف بهینه منابع، ارایه عادلانه خدمات، ایمنی، به‌موقع و متناسب بودن خدمات و توجه به خواسته‌ها و انتظارات فرهنگی و مذهبی) (معاونت توسعه مدیریت و منابع)
- ❖ تدوین برنامه‌های آموزش مداوم برای پزشکان و پرستاران با مضمون حاکمیت خدمات بالینی و ارتقای کیفیت (معاونت آموزشی)
- ❖ بررسی درس‌های مرتبط با ارتقای کیفیت در رشته‌های مختلف بالینی عمومی و تخصصی و رشته‌های مرتبط پایه (معاونت آموزشی)
- ❖ برنامه حمایت بیشتر از مطالعات تحقیقاتی و روش‌های پژوهشی مرتبط با ارتقای کیفیت و حاکمیت خدمات بالینی (معاونت تحقیقات و فن‌آوری)

### انتظارات از روسای دانشگاه‌ها تا پایان سال ۱۳۸۸

- تشکیل ستاد اجرای برنامه حاکمیت خدمات بالینی به ریاست رئیس دانشگاه
- فراهم کردن زیر ساخت‌های اولیه در راستای اجرای برنامه حاکمیت خدمات بالینی

✓ کارگاه‌های آموزشی برای افراد کلیدی

✓ اولویت‌های اجرای برنامه

- ایجاد هماهنگی و تطابق در برنامه‌های مختلف ارتقای کیفیت
- گزارش پیشرفت در مقاطع سه ماهه ارایه شود.

### توجه و تاکید به اولویت‌های مهم

- ایجاد سازوکار منسجم در تمامی واحدها برای رسیدگی به شکایات
  - ارتقای فرآیندها و اقدامات تکریم بیماران، همراهان و مراجعان
  - ارتقای ایمنی بیمار
  - ✓ کاهش عفونت بیمارستانی (مانند برنامه‌های شستشوی دست)
  - ✓ جراحی ایمن
  - ✓ کاهش عوارض دارویی و تجویز منطقی دارو
  - ایجاد ساز و کار منسجم برای مستندسازی اقدامات ارتقای کیفیت، موفقیت و عدم موفقیت آنها و انتقال تجربه
- با مرور فرایند انتخاب و استقرار حاکمیت بالینی در سطح ملی، سئوالات زیادی در چارچوب سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد به شرح زیر مطرح می‌گردد که در ادامه مراحل سیاست‌گذاری به خصوص در مرحله پایش و ارزشیابی باید مورد مطالعه قرار گیرد:
- آیا همه انتظارات در سطح ستاد وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور برآورده شده است؟
  - در چه مواردی مقاومت‌ها و موانع شایع‌تر و حادث‌تر هستند؟ و برای تعدیل آن چه راهکارهایی موثر است؟

- با استقرار حاکمیت بالینی، از تجارب قبلی که در راستای ارتقای مستمر کیفیت ( FOCUS PDCA)، تعالی سازمانی و ... بوجود آمده، چه برخوردی شده است؟
- حاکمیت بالینی تا چه اندازه پشتیبان اجرای برنامه اعتباربخشی بوده یا می‌باشد؟
- اعضای هیات علمی در اجرای برنامه‌های حاکمیت بالینی تا چه سطحی با کادر پرستاری و واحدهای پشتیبانی همکاری می‌کنند؟
- استقرار حاکمیت بالینی تا چه اندازه توانست جو دوستانه و انجام کار گروهی را تقویت نماید؟
- استقرار حاکمیت بالینی مثل خیلی از مداخلات دیگر تاکید زیادی بر مستندسازی دارد. با توجه به گذشت سه سال از اجرای برنامه‌های مرتبط، بالاخره چقدر می‌توان محتوای مستندات ایجاد شده را بر بالین بیمار، واحدهای تشخیصی و پشتیبانی، راهروها و حیاط بیمارستان لمس یا تأیید نمود؟

### سیاست‌های تدوین‌شده در نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

نقشه تحول نظام سلامت مبتنی بر الگوی اسلامی- ایرانی پیشرفت بنا به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و بر مبنای چشم‌انداز، اصول و ارزش‌ها با همت دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری طراحی و به دنبال آن در کمیسیون اجتماعی و فرهنگی مجمع تشخیص مصلحت نظام نیز مطرح و در نهایت طی نامه شماره ۱۰۳۶۲/ت/۴۷۹۷۱ ه/ به تاریخ ۲۶/۱/۱۳۹۱ به تصویب هیات وزیران رسیده است. در تدوین سیاست‌های این نقشه افراد زیادی از پیش‌کسوتان صاحب‌نظر، اساتید، مدیران و کارشنان باتجربه و خبرگان نظام سلامت مشارکت داشتند. در این قسمت به دلیل ارتباط موضوع فقط فهرست سیاست‌های تدوین‌شده در نقشه تحول ذکر می‌گردد. چنانچه نیازی به اطلاع از برنامه‌های تحول مربوط به هر سیاست می‌باشد، به اصل نقشه تحول مراجعه گردد.

- ۱- تحکیم مبانی، اصول و ارزش‌های متعالی اخلاقی، فرهنگی و اجتماعی اسلام و نهادینه‌سازی آن در عرصه‌های ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت.
- ۲- تحقق رویکرد سلامت همه جانبه (جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی) و انسان سالم در همه سیاست‌های کشور و پاسخگو بودن کلیه نهادهای مؤثر کشور.
- ۳- تمرکز و یکپارچگی در سیاست‌گذاری و تخصیص منابع مالی و غیرمالی نظام سلامت.
- ۴- افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توان‌مندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده، جامعه در تأمین حفظ و ارتقای سلامت با نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۵- روزآمد نمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت‌کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی.
- ۶- مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تاکید بر پاسخ‌گویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر سطح‌بندی، استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها.
- ۷- تأمین مالی پایدار، پوشش بیمه همگانی سلامت و اصلاح نظام‌های پرداخت به منظور بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت متناسب با نیاز و مشارکت عادلانه مالی آنان و متناسب با توان.
- ۸- ایجاد و تقویت زیرساخت‌های فرهنگی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی، فن‌آوری و امنیتی لازم برای تولید فرآورده‌های سلامت (شامل فرآورده‌های دارویی، واکسن و محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی) دارای کیفیت تضمین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای برخورداری عادلانه مردم و مراقبت مداوم، نظام‌مند و ساختاریافته برای تداوم آنها.
- ۹- تأمین حق مردم در بهره‌مندی عادلانه از سبد غذایی و آشامیدنی‌در سطح مطلوب و به مقدار کافی.
- ۱۰- توسعه کیفی و کمی هدفمند (پاسخگو، جامعه‌نگر و عادلانه) آموزش علوم پزشکی (سلامت) در ساختار ادغام یافته با ارائه مراقبت‌های سلامت متناسب با نیازهای جامعه و گسترش دانش بر اساس سند تحول و توسعه آموزش پزشکی کشور.
- ۱۱- تحول راهبردی پژوهش با رویکرد نظام نوآوری سلامت مبتنی بر نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت.

- ۱۲- بهره‌مندی از دستاوردهای بین‌المللی سلامت و ارائه دستاوردهای ملی در سطوح بین‌المللی و الگوسازی با تأکید بر جهان اسلام.
- ۱۳- اجرای دیدبانی، تقویت نظام مراقبت و گزارش‌دهی، پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت در سطح درون‌بخشی و بین‌بخشی.
- ۱۴- ارتقای بهره‌وری و منزلت نیروی انسانی سلامت.
- ۱۵- توسعه فناوری اطلاعات برای اعتلای برنامه‌های سلامت.

### سیاست‌های تدوین شده در نقشه جامع علمی سلامت

نقشه جامع علمی سلامت کشور که به همت کمیته تخصصی سلامت و علوم زیستی شورای عالی انقلاب فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای پاسخ به دو نیاز اساسی کشور شامل ۱- نیاز به سلامت جامعه و ۲- حرکت علمی به عنوان سنگ بنای توسعه کشور در رسیدن به اهداف چشم‌انداز ۲۰ ساله تدوین شده است، نه مورد از سیاست‌های اصلی حوزه سلامت تعیین و برای عملیاتی شدن هر کدام چندین راهبرد مشخص شده است. در این قسمت جهت اجتناب از طولانی شدن مطلب، فقط فهرست سیاست‌های تعیین شده در نقشه جامع علمی سلامت به شرح زیر ذکر می‌گردد:

- ۱- توسعه سیاست‌گذاری، مدیریت و قوانین
- ۲- بهبود تخصیص منابع مالی، تسهیل و افزایش سرمایه‌گذاری
- ۳- افزایش ظرفیت تولید دانش
- ۴- توسعه انتشار و به اشتراک‌گذاری دانش تولید شده
- ۵- توسعه منابع انسانی
- ۶- تسهیل کارآفرینی
- ۷- تسهیل و افزایش ظرفیت تولید کالا و خدمات سلامت
- ۸- ارتقای هنجارها و فرهنگ عمومی
- ۹- تسهیل و ایجاد ارتباطات



### توسعه دستاوردها

در حاضر شاهد توفیقات زیادی در نظام سلامت ایران هستیم که دستاوردهای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد از ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح ملی به دانشگاه‌های علوم پزشکی در سطح استانی و محلی گسترش یافته است. تعدادی از دانشگاه‌های علوم پزشکی با اعتقاد راسخ و عزم جدی به سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، نسبت به ایجاد واحد یا مرکز مرتبط در ساختار سازمانی خود اقدام نمودند که از جمله آن می‌توان به ایجاد مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت در دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت در دانشگاه علوم پزشکی یزد و مرکز تحقیقات سیاست-گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز را نام برد.

دانشگاه علوم پزشکی تهران با بهره‌مندی از تجارب دانشگاه‌های کالیفرنیا، کانزاس، اورگون، تگزاس، یورک، ماساچوست، سیدنی، پروویدنس، اموری، ایندیانا، فلوریدا، هاروارد، تورنتو، جانزهاپکینز، لندن، منچستر، شفلید، مانیتوبا، آلبرتا که سال‌ها است به تدریس رشته سیاست‌گذاری سلامت می‌پردازند، برای اولین بار مجوز پذیرش دانشجوی دوره دکتری تخصصی رشته سیاست‌گذاری سلامت را در سال ۱۳۸۷ اخذ نمود. وظایف حرفه‌ای دانش‌آموختگان این رشته با چهار نقش آموزشی، پژوهشی، مدیریتی و مشاوره‌ای به شرح زیر اعلام شد:

نقش آموزشی:

- آموزش دروس تئوری و عملی در سیاست‌گذاری سلامت

- تدوین بسته‌های آموزشی مناسب و طراحی کارگاه‌های آموزشی میان‌مدت و کوتاه‌مدت برای مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت

نقش پژوهشی:

- طراحی، اجرا و ارزیابی پژوهش‌های مرتبط با سیاست‌گذاری‌های سلامتی در کشور

- انجام پژوهش‌های کاربردی و توسعه‌ای

- نقد پروژه‌ها و یافته‌های پژوهشی سیاست‌گذاری نظام سلامت که در کشورهای دیگر انجام شده‌اند به منظور شناسایی روش‌هایی که اعتبار و تناسب مطلوب برای استفاده در کشور را داشته باشند

- تولید دانش نوین در زمینه سیاست‌گذاری، تعیین اولویت‌های آموزشی و پژوهشی و بهبود کیفی نظام اطلاعاتی در زمینه سیاست‌گذاری سلامت

نقش مدیریتی:

- ارزیابی، تحلیل و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

- مشارکت در تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌های کلان بهداشت و درمان

- به‌کارگیری دانش روز در زمینه‌های سیاست‌گذاری بهداشتی و درمانی به منظور رفع نیازهای نظام سلامت

نقش مشاوره‌ای:

- ارائه طریق برای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری‌های اصولی در راستای سلامت افراد و کارآمدی و عادلانه

بودن نظام سلامت

- ارائه طریق برای تامین منابع مالی بخش سلامت و استفاده منطقی و عقلایی از منابع.

امید است با ورود فارغ‌التحصیلان رشته سیاست‌گذاری سلامت در نظام سلامت ایران، تحول دیگری در

ساختار و محتوای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد ایجاد شود.

## منابع

- ۱- حیدرپور پیغام، دستجردی رویا، رفیعی سیما، سادات سیدمحمد، مستوفیان فرناز، آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی، چاپ اول، تهران، نشر تندیس، ۱۳۹۰.
- ۲- دمازی بهزاد، وثوق‌مقدم عباس، منظم کامبیز، سالاریان‌زاده حسین، کجا و چگونه برای سلامت، سیاست خردمندانه طراحی کنیم؟: ویژگی‌های سامانه سیاست‌گذاری سلامت در جمهوری اسلامی ایران، مجله پژوهشی حکیم، زمستان ۸۹، دوره سیزدهم، شماره چهارم: ص ۲۱۰ تا ۲۱۸.
- ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نقشه تحول نظام سلامت مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت، تهران، دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری، اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۱.
- ۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تهران، شورای سیاست‌گذاری، دی ماه ۱۳۸۸.
- ۵- وب‌سایت شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (<http://siasat.behdasht.gov.ir>)
- ۶- وب‌سایت معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (education-  
([old.tums.ac.ir/content/?contentID=424](http://old.tums.ac.ir/content/?contentID=424))



## فصل چهارم



### چالش‌های سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایران

#### اهداف آموزشی

- در پایان مطالعه این فصل از خواننده انتظار می‌رود بتواند:
- چالش‌های موجود در حوزه سیاست‌گذاری نظام سلامت ایران را توضیح دهد.
- حداقل چهار مورد از مشکلات کارکرد تولید نظام سلامت از نگاه برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را نام ببرد.

- حداقل دو مورد از چالش‌های نظام عمومی سلامت را نام ببرد.
- حداقل شش مورد از چالش‌های نظام مراقبت سلامت را برشمرد.

#### اهداف کاربردی

- در پایان مطالعه این فصل از خواننده انتظار می‌رود بتواند:
- برای تقویت جایگاه حوزه سیاست‌گذاری نظام سلامت ایران حداقل چهار مورد را پیشنهاد دهد.
- چالش‌های نظام مراقبت سلامت ایران را با معیار علمی اولویت‌بندی و سه مورد از چالش‌های با اولویت بالا را برای سیاست‌گذاری پیشنهاد نماید.



## مقدمه

همان‌گونه که در فصل دوم بیان شد رویکرد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد یک رویکرد نسبتاً جوان و از دهه ۱۹۹۰ در کشورهای غربی خصوصاً در انگلستان تجربه شده است. حدود یک دهه است که نظام سلامت ایران در راستای استفاده از شواهد در سیاست‌سازی و سیاست‌گذاری سلامت تلاش‌های گسترده‌ای در سوابق خود دارد. فعالیت‌های اصلاحی به عمل آمده گرچه افق روشنی برای ادامه کار ایجاد کرده است ولی تا سطحی که نگرش همه سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان به تصمیم‌گیری غیرتجربی، غیرشهودی و به دور از ذهنیت فردی تغییر یابد و به بهره‌مندی از شواهد معتقد شوند، نیازمند به فرصت بیشتری می‌باشد. از آنجایی که فرایند سیاست‌گذاری در سطح کلان منسجم نشده و کارها به صورت پراکنده انجام می‌گیرد، تعداد اندکی از مشکلات نظام سلامت در فرایند سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد مورد بحث و بررسی و اقدام نهایی قرار گرفتند. بنابراین مسائل متعدد و متنوعی در نظام سلامت ایران وجود دارد که به نوبه خود باید در فرایند سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد مورد بررسی و اقدام قرار گیرند. این فصل تا حدودی هم به چالش‌های حوزه سیاست‌گذاری و هم به چالش‌های نظام سلامت که نیازمند به سیاست‌گذاری هستند، می‌پردازد.

## چالش‌های حوزه سیاست‌گذاری نظام سلامت ایران

در بسیاری از کشورها وجود نهادهای ملی و اجتماعی چندگانه برای نظارت بر کیفیت خدمات و رضایت مردم از شیوه و نتایج خدمات سلامتی را به عنوان یک نقطه قوت می‌شمارند و بدین سبب در برخی کشورها نظیر استرالیا، فرانسه و سوئد چندین هیأت، ارگان مرکزی و ایالتی به نمایندگی از مردم و دولت بر خدمات سلامت نظارت کرده و بازخورد این نظارت در سیاست‌های ملی، منطقه‌ای و محلی این کشورها مشهود است. بنابراین زمانی که بحث سیاست‌گذاری و هدف‌گذاری توسعه ملی سلامت و استراتژی‌های کلان آن مطرح می‌گردد، سازمان قدرت‌مند کشوری برای سیاست‌گذاری علمی و جامعه‌نگر با اختیارات لازم ضروری بوده تا توان برنامه‌ریزی و مدیریت ملی را داشته باشد.

از آنجایی که سیاست‌گذاری و تعیین اولویت‌ها و ارائه چارچوبی برای تصمیم‌گیری‌های کلان جزء تولید نظام سلامت و از کارکردهای اصلی آن محسوب می‌شود از دو دهه قبل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تلاش‌های فراوانی برای ایجاد نهاد، مرکز یا شورای سیاست‌گذاری سلامت شده است ولی با وجود فعالیت‌های زیربنایی و کارکردهای ارائه شده، هنوز به جایگاه متناسب خود که از اراده سیاسی لازم برخوردار باشد، قرار نگرفته و ضعف‌ها و مشکلات متعددی برای آن مطرح می‌گردد. در مطالعه‌ای که به روش کیفی و از طریق مصاحبه عمیق و ساختارمند انجام شد، ۲۵ نفر از قانون‌گذاران، سیاست‌گذاران و مدیران و کارشناسان کشوری که حداقل به مدت دو تا چهار سال سابقه کار در جایگاه قانون‌گذاری و تصمیم‌گیری کلان سلامت داشتند و یا با ارایه مقالات تحلیلی و پژوهشی صاحب‌نظر در نظام سلامت بودند، برای مطالعه تعیین و با توجه به اعلام همکاری و آمادگی افراد مورد نظر در انجام مصاحبه نسبتاً طولانی، نهایتاً ۱۲ نفر شامل: دو نفر با سابقه فعالیت در مقام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مدت حداقل چهار سال، دو نفر نماینده مجلس شورای اسلامی و عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی با سابقه حداقل یک دوره نمایندگی، دو نفر با سابقه معاونت وزارت با سابقه بیش از ده سال مدیریت در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شش نفر خبره و صاحب‌نظر در سیاست‌های سلامت که در برنامه‌های توسعه شبکه‌های بهداشت و درمان کشور، برنامه اصلاحات نظام سلامت، توسعه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع و برنامه ادغام آموزش در خدمات سلامت مشارکت و همکاری داشتند، انتخاب شدند. مباحثی که در ادامه می‌آید بر اساس اظهارات افراد مورد مطالعه در راستای چالش‌ها و مشکلات موجود نظام سلامت ایران در حوزه سیاست‌گذاری می‌باشد که در قالب شش موضوع تفکیک شده است.

#### ۱- نگرش‌ها:

افراد مورد مطالعه معتقدند به خاطر فقدان یا عدم درک از اهمیت سیاست‌گذاری در نظام سلامت، شناخت کافی از وضعیت حوزه سلامت و کشور وجود ندارد، اهداف وزارت بهداشت و جهت‌گیری آن معلوم نیست و تقریباً در یک وضعیت بی‌برنامگی به سر می‌برد. تعریف سیاست‌گذاری در سطوح تصمیم‌گیری ابهام فنی دارد و فاقد دید کارشناسی است و یا کارشناسی آن مفهوم روشن و کاربردی ندارد.



صاحب‌نظران معتقدند فقدان یا ضعف سه چیز، عامل ایجاد مشکلات مذکور شده است: اراده‌ای برای نهادینه کردن سیاست‌گذاری در نظام سلامت وجود ندارد، افراد خبره و باتجربه برای این کار وجود ندارند و یا به کار گرفته نمی‌شوند، ساز و کار قانونی برای آن ایجاد نشده است.

بعضی از مدیران با اعتقاد به این که اشتباه در تصمیمات سلامت بدفترجام‌تر از اشتباه در سایر دستگاه‌ها مثل پست و ... است، کمتر در فرایند سیاست‌گذاری مشارکت می‌نمایند. دیدهای غلطی بین مدیران وجود دارد که «همه چیز با تغییر ساختار درست می‌شود» و یا «پژوهش برای کارهای بلندمدت است» یا «در کارهای روزمره پژوهش لازم نیست». دید بخشی‌نگر و تفکر کوتاه مدت منجر به این می‌شود که سیاست‌مداران و قانون‌گذاران به دنبال پاسخ‌ها و برنامه‌های فوری و لحظه‌ای باشند.

## ۲- سبک مدیریت و سیاست‌گذاری (تصمیم‌گیری):

در این خصوص افراد مورد مطالعه معتقدند: سبک موجود سیاست‌گذاری براساس نوعی پراگماتیسم (عمل-گرایی) و ایدئولوژی است و در این سبک، شواهد جایی ندارد، سلسله ارزش‌های سیاست‌گذاران به سمت شواهد و استفاده از شواهد نیست. سیاست‌گذاری بیشتر بر اساس سلیقه افراد است. البته گاهی انفکاک هم وجود دارد به طوری که «وقتی سیاست‌گذار احتیاج به دلایل و شواهد دارد، شواهدی وجود ندارد و وقتی هم شواهدی موجود باشد سیاست‌مدار آنها را نمی‌خواهد یا خبر ندارد و یا نمی‌بیند» و «در خیلی از موارد برنامه-ریزی‌ها براساس سیاست‌گذاری استوار نشده است و یا راهبرد بر مبنای سیاست یا سیاست‌محور نیست» که خود ناشی از این است که «سیاست‌گذاری نهادینه نشده است، سند سیاست گاهی موجود نیست و اگر هم وجود داشته باشد، به زنجیره هدف وصل نمی‌باشد» در اصل «تغییرات سیاسی سریع است و سیاست‌ها دایم عوض می‌شوند، در چنین شرایطی نیاز به این سامانه سیاست‌گذاری داریم تا با منابع موجود بیشترین مشکلات را حل کنیم» البته در مورد الزامات چنین سامانه‌هایی این اعتقاد وجود دارد که «تبعیت معاونین و بدنه وزارتخانه از تصمیمات شورای سیاست‌گذاری ضروری است». یکی دیگر از اشکالات این است که «خیلی از مدیران و کارشناسان نظام سلامت کشور نمی‌دانند به دنبال چه هستند چون هیچ وقت از آنها خواسته نمی‌شود». البته «مدیر و کارشناسی که اطلاعاتش در مورد اهمیت، ضرورت و اصول سیاست‌گذاری کم باشد، نیازی هم احساس نمی‌کند».

### ۳- ساختار:

در مورد ساختار سیاست‌گذاری نظام سلامت کشور افراد مورد مطالعه اعتقاد دارند «چنین جایگاه رسمی برای سیاست‌گذاری در سلامت تعریف نشده و محلی برای پخته شدن اندیشه‌ها، ایده‌های نوآورانه و خلاق و تبدیل آن به سیاست نیست و سامانه ویژه‌ای که اجرای تغییرات نظام سلامت را مدیریت کند وجود ندارد. البته تا دلمان بخواهد ساختارهای موازی و ناهماهنگ در بخش سلامت برای تصمیم‌گیری وجود دارد». در چنین شرایطی «افراد فکر می‌کنند که سیاست از بیرون به ما دیکته می‌شود» یکی دیگر از مشکلات در این زمینه «عدم انطباق پرسنل وزارت بهداشت با وظایف و اهداف آن است».

### ۴- منابع:

در ارتباط با منابع مالی، صاحب‌نظران اظهار می‌نمایند «مطابق شواهد ارایه شده توسط سازمان جهانی بهداشت چیزی در حدود ۷۰ - ۶۰ درصد بودجه سلامت در جهان سوم هدر می‌رود و از طرفی ناکافی بودن منابع اختصاص یافته به بخش سلامت هم مشکلات منابع مالی را تشدید می‌کند». در ارتباط با زمان، به عنوان یک منبع این اعتقاد وجود دارد: «فرصت‌ها را به‌سادگی از دست می‌دهیم، مدیران در آخر دوره مدیریت می‌فهمند ای کاش از ابتدا به فکر این یا آن موضوع بودند». در خصوص منابع انسانی نیز افراد معتقدند: «افراد سیاست‌گذار و خبره دست‌اندرکار در امور کافی نمی‌باشد». برخی از ویژگی‌های فرد سیاست‌گذار شامل دیدگاه ناشی از تجربه، مصادیقی از این که چه بکنیم و چه نکنیم، باعث می‌شود افراد صاحب‌فکر به‌طور نظام‌مند تربیت نشوند. مشکلات ناپایداری افراد، فرار مغزها و رفتن کارشناسان از بخش دولتی به بخش خصوصی، گسستگی از گذشته را موجب شده و خاطره سازمانی را از بین می‌برد. شیوه ناکارآمد پرداخت حقوق و مزایای مالی که بر اساس دانش افراد نیست، از دیگر مشکلات مدیریت منابع انسانی است که این خود ناشی از فقدان ساز و کار مؤثر برای انتخاب، نگهداشت و ارتقای مدیران و کارشناسان کشوری می‌باشد. خلاصه این که حاضر نیستیم به منابع انسانی آموزش داده و برای‌شان ارزش قائل شویم. در سال‌های گذشته عدم ثبات در بدنه کارشناسی و مدیریتی در وزارت بهداشت، ضربات مهلکی را به پیکره نظام سلامت وارد کرده است. یکی از موارد قابل اشاره آن ارتباط بین محققان و سیاست‌گذاران است که معتقدند «پژوهش‌گر و سیاست‌مدار همدیگر را نمی‌شناسند» به عبارت دیگر «میانجی دانش ایجاد نمی‌شود».

### ۵- فرآیندهای ناهماهنگ:

افراد مصاحبه شونده معتقدند که در وزارت بهداشت «اقدامات فوری بر فعالیت‌های راهبردی مقدم است و پاداشی به برنامه‌ریزی‌های آینده داده نمی‌شود». روزمرگی، افراد را از هدف اصلی باز می‌دارد و یا منحرف می‌کند. در خیلی از مواقع بین سیاست‌های متنوع معاونت‌ها هماهنگی وجود ندارد و حتی در تضاد است. از سوی دیگر اولویت‌بندی سیاست‌ها در این وزارت‌خانه معلوم نیست و برای همان سیاست‌های در حال اجرا، نظام پایش و ارزشیابی جدی گرفته نمی‌شود به همین دلیل با حذف و یا کنار گذاشتن مکرر سیاست‌ها روبرو هستیم که این خود ناشی از عدم وجود سیستم شفاف برای سیاست‌گذاری است.

### ۶- اطلاعات، پژوهش و شواهد:

در این مورد صاحب‌نظران معتقدند «گاهی داده داریم ولی نمی‌توانیم از آن استفاده کنیم. گاهی هم شواهد کافی و مطمئن در دسترس برای تصمیم‌گیری وجود ندارد. لذا در برخی موارد آمارسازی می‌کنیم، موضوع تحلیل سیاست‌های سلامتی، مخاطب مقوله پژوهش نبوده است و نتایج پژوهش‌ها نیز به آن باز نمی‌گردد. پژوهش‌ها بیشتر در جنبه‌های بالینی و یا گاهی در جنبه‌های مدیریتی و اداری انجام شده است ولی پژوهش‌های مربوط به سیاست‌های سلامتی نداریم. دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی هم در سیاست‌گذاری و یا تحلیل سیاست‌ها درگیر نیستند و اصولاً شبکه‌ای پویا و نسبتاً جامع برای انتقال مطالب علمی مربوط به سیاست‌گذاری وجود ندارد».

### مهم‌ترین مشکلات کارکرد تولید نظام سلامت از نگاه برنامه پنجم

در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور در بخش سلامت که به خیلی از موفقیت‌ها و مشکلات تولید نظام سلامت پرداخته شده است، مهم‌ترین ضعف‌ها و نارسایی‌های موجود در عملکرد تولید به شرح زیر برشمرده شده که با کمی تأمل متوجه خواهیم شد، بیشتر این مشکلات به نوعی به حوزه سیاست‌گذاری نظام سلامت مربوط می‌شود.

✓ نداشتن برنامه مدون و توافق شده برای اصلاح تولید نظام سلامت

✓ ضعف دانش و آگاهی محققان، سیاست‌گذاران و مدیران در مورد مفاهیم و تجربیات جهانی در اجرای

مختلف تولید

- ✓ کمی یا ضعف در به کارگیری نیروی انسانی ماهر در برنامه‌نویسی، سیاست‌سازی و هم‌چنین پایش موثر
- ✓ نبود نظام‌نامه مدون و اجماع شده برای فرایندها، شیوه‌ها و استانداردهای برنامه‌نویسی و سیاست‌سازی
- ✓ تخصیص کم منابع مالی برای فعالیت‌های برنامه‌نویسی و مراقبت از سیاست‌ها و برنامه‌ها
- ✓ نبود نظام هماهنگ و مصوب برای ارتباط ساختارمند وزارت رفاه و تامین اجتماعی با وزارت بهداشت
- ✓ نبود و یا کمی تفاهم در مورد متولی ساختاری برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی
- ✓ جدی گرفته نشدن امر پایش و گزارش دوره‌ای و قابل دفاع از پیشرفت برنامه‌ها توسط سیاست‌گذاران
- ✓ ضعف نگرش و آگاهی دست‌اندرکاران سیاست‌سازی و تصمیم‌گیری در مورد تبعات مشارکت ضعیف
- ✓ ذی‌نفعان که خود را به صورت اجرایی نشدن تصمیمات و مخالفت آنان نشان می‌دهد که در نهایت سلامت مردم به خطر می‌افتد.
- ✓ ضعف فرهنگ و مهارت‌های مدیریت پروژه در ستاد و واحدهای تابعه که دستیابی به اهداف را کند کرده و منابع را هدر می‌دهد.
- ✓ جهت‌دار نبودن تحقیقات کاربردی به دلیل نبود فهرست اولویت‌های تحقیقاتی و سوالات تصمیم‌گیرندگان

تمرکز وزارت متبوع بر مأموریت بهداشت و درمان، کوچک‌سازی وزارت به ساختاری متشکل از خبرگان اعم از افراد متبحر در زمینه‌های بالینی، اپیدمیولوژی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد سلامت و مدیریت مالی، پزشکی اجتماعی، ارزیابی و مدیریت تکنولوژی، آموزش بهداشت، واگذاری کلیه امور اجرایی به استان‌ها و شبکه‌های بهداشتی درمانی، حذف مأموریت مدیریت آموزش پزشکی از مجموعه وزارت، اعمال مدیریت و نظارت بر تخصیص کلیه منابع دولتی مرکزی از محل مالیات‌های ملی و فروش نفت و اختصاص آنها به شورای سلامت استان (از جمله ردیف‌های بهداشتی و درمانی دولتی کلیه وزارت‌خانه‌های دولت و سازمان‌های دولتی که بطور جداگانه بخشی از منابع عمومی را به عنوان بهداشت و درمان در اختیار دارند)، سیاست‌گذاری کلان بیمه‌های عمومی درمانی کشور از موارد مهمی هستند که در صورت پرداختن به آن به تدریج جایگاه اصلی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و نقش کلیدی آن در امور سیاست‌گذاری احیا خواهد شد و بدین ترتیب مسیر برای کاهش و حذف مشکلات و چالش‌های موجود، هموارتر می‌گردد.

## چالش‌های نظام عمومی و نظام مراقبت سلامت

همه ما شاهد تلاش‌ها و فعالیت‌های چشم‌گیر بخش سلامت برای بهبود و ارتقای سلامت جامعه هستیم. نتایج بعضی از برنامه‌ها آن‌قدر موفقیت‌آمیز بوده که در موارد زیادی جایگاه ایران را بالاتر از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی و در مواردی مثل پوشش واکسیناسیون کودکان، بالاتر از کشورهای آمریکا، فرانسه و انگلستان قرار داده است. این موفقیت‌ها که ریشه در سیاست‌گذاری درست، حمایت همه‌جانبه سازمان‌های مرتبط و زحمات کارکنان خدوم نظام سلامت در اجرای برنامه‌ها دارد، پایداری خود را در سطح مطلوب حفظ نموده است. برای اثبات ادعای فوق شاید کافی باشد به نمونه‌ای از آن به شرح زیر اشاره گردد:

پوشش بالای ۹۸ درصدی واکسیناسیون کودکان زیر یک‌سال (بالاتر از ۹۳ درصد در آمریکا، ۹۲ درصد در فرانسه و ۹۱ درصد در انگلستان)

کاهش مرگ نوزادان از ۴۰ در هزار تولد زنده در سال ۵۷ به ۱۵/۳ در سال ۸۹

کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال از ۷۱ در هزار تولد زنده در سال ۵۷ به ۲۲/۵ در سال ۸۹

کاهش مرگ مادران از ۱۴۰ مورد به ازای یک‌صد هزار تولد در سال ۶۳ به ۳۷/۴ مورد در سال ۷۹

نسبت پزشک به ۱۰۰۰ نفر جمعیت از ۰/۳۹ در سال ۶۳ به ۱/۰۴ در سال ۷۹

دسترسی به آب شرب سالم از ۶۸/۷ درصد خانوارها در سال ۶۳ به ۹۶/۸ درصد در سال ۸۹

پوشش مراقبت‌های دوران بارداری تا سقف ۹۷ درصد در سال ۸۹

امید زندگی از ۵۹ سال در سال ۶۳ به ۶۸/۵ سال در سال ۷۹

دسترسی به ۲۲۰ قلم دارو در سال ۶۳ به ۱۲۰۰ قلم در سال ۷۹

در پیش‌گیری و کنترل بیماری‌های واگیردار، بیماری پیوک ریشه‌کن، فلج اطفال در آستانه ریشه‌کنی، بیماری کزاز نوزادی و جذام حذف، سرخک، مالاریا و سل در مرحله کنترل قرار گرفته‌اند.

با استقرار نظام شبکه بیش از ۹۵ درصد جمعیت روستایی به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی دسترسی یافتند. استقرار نظام شبکه یکی از اثربخش‌ترین برنامه نظام مراقبت سلامت در ایران می‌باشد که به عنوان یک تجربه موفق همواره قابلیت صدور به سایر کشورها را دارد.

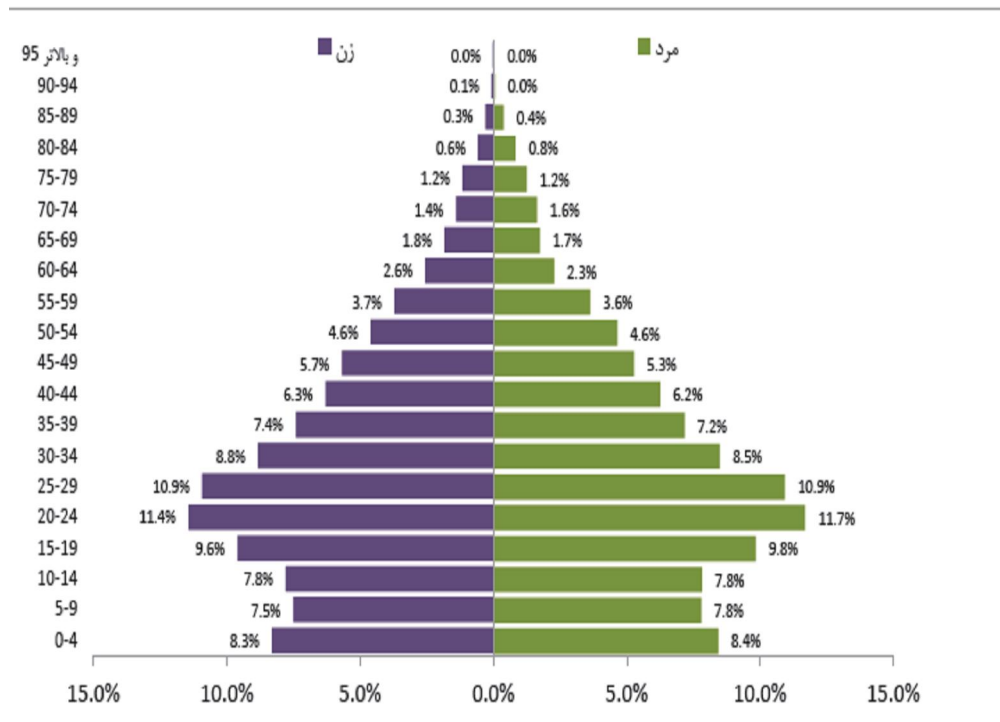
موفقیت فوق‌الذکر و بسیاری از موارد دیگر باعث بهتر شدن دسترسی فیزیکی و مالی مردم به خدمات سلامت، افزایش امید زندگی، ارتقای شاخص‌های بهداشتی، کنترل رشد جمعیت، کنترل بیماری‌های مسری، تربیت نیروی انسانی و توسعه منابع فیزیکی مورد نیاز شده است.

اما نگاه نقادانه و کاوش‌گر برای شناسایی ریشه‌های مشکلات امروز حوزه سلامت کشورمان، با انگیزه‌های علمی و سازمانی می‌تواند به اندازه جرقه‌های ذهنی برای بهبود سازمان درخور تأمل باشد تا بستر انجام مطالعات دقیق‌تر و با جزئی‌نگری بیشتر برای سیاست‌سازی، سیاست‌گذاری و نهایتاً طراحی و اجرای مداخلات لازم فراهم گردد. در نگاه جامع و ملی می‌توان موارد زیادی را طرح نمود که چه از لحاظ کارایی و اثربخشی و چه از جنبه‌های فنی و یا ساختاری و یا در راستای پاسخ متناسب و به‌هنگام به نیازهای جدید جامعه و مردم دارای اولویت بالا هستند و تاخیر در پرداختن به آن ممکن است نظام سلامت کشور را با تحمل هزینه سنگین مواجه نماید. در این قسمت به چند نمونه از مسائل نظام سلامت کشور که نیاز به سیاست‌سازی و سیاست‌گذاری جدید دارند و یا نیازمند به اصلاح سیاست‌گذاری‌های قبلی هستند، یادآوری می‌گردد:

### گذر یا تغییرات جمعیتی

قبل از قرن نوزدهم میلادی در بیشتر کشورها از جمله ایران ساختار جمعیتی شکل هرمی منظم داشته و جمعیت زیر پنج سال بیشترین تعداد را نسبت به سایر گروه‌های سنی تشکیل می‌داد و با بالاتر رفتن سن به تدریج تعداد جمعیت کمتر می‌شد و در نهایت تعداد کمی از جمعیت به سن سالمندی می‌رسیدند. در آن دوره زمانی موالید و مرگ و میر هر دو بسیار بالا بودند و این عامل باعث کندی رشد جمعیت و حفظ ساختار جمعیتی می‌شد. از اواخر قرن نوزدهم با بهبود شرایط زندگی، مرگ و میر به تدریج کاهش یافته ولی به دلیل عدم تنظیم و اعمال

سیاست‌های جمعیتی، زاد و ولد به روال سابق ادامه یافت که بعد از چند سال به علت عدم تعادل این دو، باعث رشد سریع جمعیت و در بعضی کشورها به انفجار جمعیتی منجر شده است. از نیمه دوم قرن بیستم به بعد خیلی از کشورها در مواجهه با افزایش سریع جمعیت به ناچار سیاست‌های جمعیتی را به شکل‌های مختلف تنظیم و اعمال نمودند و با ادامه اجرای سیاست کنترل جمعیت، به تدریج میزان باروری، زاد و ولد، کودکان و نوجوانان کاهش و در مقابل به دلیل بالا رفتن امید زندگی، جمعیت سالمندان افزایش یافته است. در ایران از سال ۱۳۵۷ تقریباً به مدت ۱۰ سال که اعمال سیاست‌های جمعیتی از اهمیت و اولویت‌های نظام سلامت خارج شده بود، باعث بالا رفتن میزان موالید گردید و همان‌طور که در شکل ۱، ملاحظه می‌گردد، تغییرات زیادی را در ساختار جمعیتی کشور ایجاد نموده است. این تغییرات شد که در دهه ۱۳۸۰ و ۱۳۹۰ با ازدیاد جمعیت جویای کار، بیکاری افزایش یابد، افزایش بیکاری خود باعث فقدان درآمد و عدم امکان تامین مایحتاج زندگی از جمله تغذیه و مسکن مناسب و سایر امکانات رفاهی گردد و درصدی از جمعیت را گرفتار معضلات اجتماعی مثل اعتیاد و بزه‌کاری نماید. بر کسی پوشیده نیست که هر کدام از موارد فوق چه تأثیرات منفی بر سلامت افراد و جامعه خواهد گذاشت. از طرف دیگر چون افزایش جمعیت در ایران متناسب با توسعه اقتصادی و اجتماعی نبوده علاوه بر افزایش بیکاری و معضلات اجتماعی، ناخواسته باعث استفاده غیراصولی از منابع طبیعی شده که از عوارض آن می‌توان: تخریب بی‌رویه جنگل‌ها، کاهش آب‌دهی رودخانه‌ها و خشکی دریاچه‌ها و برکه‌ها، گسترش بیابان‌ها، پایین رفتن سطح آب‌های زیرزمینی و بعضاً خشکانیدن چاه‌های عمیق و نیمه‌عمیق، آلودگی آب‌های سطحی به فاضلاب‌های شیمیایی در همین دو دهه اخیر نام برد که هر کدام تهدیدی بزرگ بر سلامت جمعیت حال و آینده محسوب می‌شوند. علاوه بر این به خاطر بالا رفتن امید زندگی، در آینده با افزایش تدریجی جمعیت سالمندی مواجه خواهیم شد که اکثراً با همراه داشتن حداقل یکی از بیماری‌های مزمن نیازمند به مراقبت‌های پزشکی هستند. تغییرات به وجود آمده در رفتارهای اجتماعی و فرهنگی که منجر به افزایش خانواده هسته‌ای (والدین + فرزندان مجرد) و جدا شدن فرزندان متأهل از والدین شده، نیازمندی جمعیت سالمندان به خدمات سازمان‌های نظام مراقبت سلامت را بیش از پیش می‌نماید. بنابراین نظام سلامت ایران هم باید به مشکلات جمعیت فعال حاضر که بعضاً با بیکاری، استرس و افسردگی، حوادث جاده‌ای، اعتیاد، خشونت، ابتلا به بیماری‌های ایدز و موارد دیگر مواجه هستند و هم به جمعیت در حال افزایش سالمندی که انواع بیماری‌های مزمن را به همراه خواهند داشت توجه نموده و با سیاست‌گذاری متناسب تا حد ممکن نسبت به تعدیل آن اقدام نماید.



شکل ۱: هرم سنی و جنسی جمعیت ایران بر اساس مطالعه کشوری سال ۱۳۸۹

### گذر اپیدمیولوژیک ابتلا به بیماری‌ها و مرگ

در قرن بیستم به دلیل شناخت عوامل ایجاد کننده بیماری‌های واگیر، کشف واکسن‌ها و آنتی‌بیوتیک‌ها، دسترسی گسترده مردم به خدمات بهداشتی درمانی، بهبود بهداشت محیط و دفع صحیح فاضلاب و زباله، دسترسی بیشتر به آب سالم، بهبود تغذیه و به‌طور کلی بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی مردم، سیمای بیماری‌ها از بیماری‌های عفونی و مسری به بیماری‌های مزمن و استحال‌های<sup>۱</sup> مثل بیماری‌های قلب و عروق، سرطان‌ها، بیماری-

1- Degenerative



های مزمن و انسدادی ریه، بیماری‌های روانی رفتاری، سوانح و حوادث و ... تغییر یافته است. همان‌طور که پیش‌تر بیان گردید در ایران هم مثل خیلی از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، تعدادی از بیماری‌های واگیردار ریشه کن شده و یا در مرحله ریشه کنی قرار دارند، تعدادی هم حذف شده، بسیاری از بیماری‌ها نیز در مرحله کنترل قرار گرفتند. در مقابل تعداد زیادی از بیماری‌های مزمن در حال افزایش هستند. در آخرین مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۹ در سطح ملی ایران انجام گرفت، از بین زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله مورد مطالعه ۲/۷ درصد به دیابت، ۱/۷ درصد به آسم، ۴/۱ درصد به بیماری‌های قلبی-عروقی، ۱۳/۸ درصد به دردهای مفصلی و ۲۰ درصد حداقل به یکی از بیماری‌های مزمن مبتلا بودند. شیوه ناسالم زندگی هم در افزایش ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر نقش مهمی را ایفا می‌کند. در مطالعه مذکور گزارش شده است که ۱۷/۵ درصد زنان ۱۵ تا ۴۹ سال استان بوشهر، ۱۷ درصد استان سیستان و بلوچستان، ۱۵/۱ درصد استان هرمزگان و ۹/۹ درصد استان خراسان رضوی قلیان می‌کشند. کاهش فعالیت بدنی، ناکافی بودن فعالیت‌های ورزشی و پیاده‌روی در کنار پرخوری و رفتارهای ناسالم دیگر باعث شده است که مرگ و میر از سنین کودکی به میان‌سالی و جوانی منتقل شود که خسارات آن برای کشور بسیار سنگین می‌باشد. تجربه و موفقیت کشورهای توسعه یافته در پیشگیری و تعدیل بار بیماری‌های مزمن، این امیدواری را به کشورهای در حال توسعه از جمله ایران می‌دهد که اگر سیاست‌های درستی در این امور اتخاذ و به اجرا درآید، بسیاری از بیماری‌های مزمن قابل پیشگیری و قابل کنترل خواهند بود.

### چالش‌های تغذیه جامعه

گرچه هنوز ممکن است درصدی از جمعیت ایران از گرسنگی و رفع نیازهای اولیه غذایی رنج ببرند، ولی مشکلات غذا و تغذیه در کشور ما فراتر از گرسنگی و کمبودهای اساسی است. امروزه تغذیه یکی از عوامل اصلی موثر بر سلامت انسان است که در شکل صحیح خود می‌تواند از بروز بسیاری از بیماری‌ها جلوگیری نماید و در شکل ناصحیح عامل ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها باشد. مصرف غذاهای پرچرب و پرکالری، استفاده از غذاهای صنعتی عمدتاً با کیفیت نامناسب، مصرف ناکافی میوه و سبزی، دریافت ناکافی بعضی از ویتامین‌ها و مواد معدنی (ریزمغذی‌ها) از مشکلات مهم غذا و تغذیه است که متأسفانه با تغییرات ایجاد شده در زندگی مدرن همواره در حال افزایش می‌باشد. حفظ سلامت تغذیه‌ای و تامین امنیت غذایی در سطح خانوار تابع چهار عامل:

۱- درآمد و قیمت‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل موثر در انتخاب و خرید غذا، ۲- دسترسی به غذا در بازار و محل زندگی، ۳- آگاهی و دانش خانواده در مورد غذا و تغذیه از نظر خرید، نگهداری، پخت غذا و توزیع آن در خانوار و ۴- دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی برای پیشگیری و درمان به موقع بیماری‌ها و سلامت افراد برای بهره‌گیری مطلوب زیستی سلولی از مواد مغذی مصرفی است. از این رو، نه تنها اقدامات درون‌بخشی بهداشت، بلکه برنامه‌های فرابخشی برای ارتقای امنیت غذا و تغذیه در کشور حائز اهمیت هستند.

بر اساس ماده یک قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷ و هم‌چنین قانون نظارت بر مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی مصوب ۱۳۴۶ این وزارت‌خانه وظیفه نظارت و کنترل کیفی مواد غذایی و بهداشتی، صدور، تمدید و تعیین ضوابط مربوط به ورود، ساخت، نگهداری، صدور، مصرف و یا انهدام مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی را به منظور ارتقاء ایمنی و سلامت این محصولات به عهده دارد. به‌علاوه این وزارت‌خانه به عنوان متولی سلامت و بهداشت جامعه در مورد نظام غذایی کشور، توسعه و تشدید کنترل بهداشتی اماکن عمومی و مراکز تهیه، توزیع، فروش و نگهداری مواد غذایی، بهبود تغذیه مادران باردار و زنان شیرده، کنترل رشد کودکان و ارتقاء کیفیت تغذیه‌ای کشور را در اهداف خود قرار داده است. با توجه به گستردگی و دامنه فعالیت‌های مرتبط با امر غذا و تغذیه، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید با هماهنگی و جلب مشارکت سایر وزارت‌خانه‌ها و سازمان‌های مختلف مرتبط نسبت به حل مشکلات عدیده‌ای که چند مورد آن به شرح زیر یادآوری می‌گردد، اقدام نماید: وجود بیش‌خواری افراد دارای درآمد بالا در کنار سوءتغذیه افراد کم درآمد جامعه، ضایعات زیاد در مراحل کاشت، داشت، برداشت و فرآورده‌های پس از آن تا مصرف، ناهم‌سویی تولیدات غذایی در صنایع و نیازهای تغذیه‌ای جامعه، استفاده از مواد افزودنی غیرمجاز در فرآوری و نگهداری مواد غذایی، گسترش مصرف غذاهای آماده تهید کننده سلامت در جامعه، پایین بودن ظرفیت و کیفیت نگهداری و ذخیره کالاهای غذایی، عدم دسترسی فیزیکی به مواد غذایی تازه به ویژه میوه و سبزی در کنار کاهش سطح دسترسی اقتصادی و افزایش نیاز به میوه و سبزی بدلیل کم تحرکی، افزایش شیوع بیماری‌های ناشی از بیش‌خواری و پیامد شهرنشینی، حذف تدریجی و نسبی مواد غذایی سنتی از سفره، نداشتن تصویر دقیق و روزآمد به تفکیک مناطق مختلف کشور از شیوع کمبودهای تغذیه‌ای و بیماری‌های مزمن مرتبط با تغذیه از جمله دیابت، بیماری قلب و عروق، سرطان، چاقی و ... در کل کشور، ناکافی بودن آگاهی‌های تغذیه‌ای جامعه، باورهای فرهنگی غلط و دانش غذایی کم،

محدود بودن دانش و مهارت پزشکان عمومی به عنوان مدیر تیم مراقبت‌های اولیه بهداشت در زمینه مسایل مربوط به تغذیه جامعه و بهبود آن در سطح خانوار، نبود برنامه‌های آموزش مناسب برای تربیت متخصص در حوزه‌های تخصصی غذا و تغذیه از جمله آنترپولوزی تغذیه، اپیدمیولوژی تغذیه، اقتصاد غذا و تغذیه و...، نامتناسب بودن ساختار اجرایی موجود برنامه‌های غذا و تغذیه در کشور، سهم پایین غذا و تغذیه در سیاست-گذاری‌های کلان بخش بهداشت و درمان، عدم التزام اجرایی رسانه‌های ملی در حذف تبلیغ غذاهای تهدیدکننده سلامت قید شده در بند ب ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه، فقدان نقشه جامع امنیت غذا و تغذیه در کشور، چند وظیفه‌ای بودن (خلط تحقیق، اجرا و نظارت) سازمان‌های ذی‌مدخل در امر نظارت و بازرسی کیفیت مواد غذایی.

### فقدان برنامه راهبردی برای توسعه توریسم سلامت

امروزه جهانی شدن یکی از فرایندهای مهم رو به رشد در محافل بین‌المللی است که با پوشش دادن شاخه‌های مختلف علوم انسانی یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های عصر جدید در عرصه‌های گوناگون فکری، اعتقادی، سیاسی، فرهنگی و اجتماعی محسوب می‌گردد. پدیده جهانی شدن همه بخش‌های تولیدی و خدماتی از جمله بخش سلامت را به شدت تحت تاثیر قرار داده است. تعریفی که سازمان جهانی گردشگری، از توریسم سلامت دارد عبارت است از: افراد و گروه‌هایی که با اهداف پزشکی و درمانی همچون استفاده از آب‌های معدنی، گذراندن دوران نقاهت، معالجه و نظایر آن به علت وجود فن‌آوری پیشرفته پزشکی یا هزینه‌های پایین درمان و برخورداری از مواهب طبیعی مثل چشمه‌های آب معدنی، مناظر زیبا در کشور مقصد، اقدام به مسافرت می‌کنند. عواملی از قبیل: قیمت پایین‌تر، بیمه‌های ضعیف درمان در کشور مبدأ، جستجو برای یافتن کیفیت بهتر درمان، دسترسی آسان به اطلاعات، ظهور فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات (ICT)، وجود طب جایگزین<sup>۱</sup>، شیوه‌های جدید درمان، رشد صنایع حمل و نقل هوایی، هتل‌داری و مخابرات سبب ایجاد تقاضا برای گردشگری سلامت می‌شوند. کشور

1- Alternative Medicine

همسایه ترکیه که با ثبت سازمان جهانی گردشگری، جزو ۱۰ کشور برتر جهان از نظر مقصد گردشگری پزشکی قرار گرفت، با اعمال سیاست‌های مختلف و اقدامات متعدد از جمله موارد زیر موفقیت‌های چشم‌گیری به دست آورده است.

✓ ایجاد تسهیلات در صدور ویزا

✓ ایجاد شبکه‌های تلویزیونی و وب‌سایت‌های مشترک و متنوع

✓ گردهمایی‌های کاربردی میان آژانس‌داران و تورگردانان این کشور و رسیدن به راهکارهای عملی در جذب مشتری

✓ شرکت فعال در نمایشگاه‌های گردشگری و ایجاد غرفه‌های بزرگ و مشترک و انتشار انواع کتاب‌های راهنمای گردشگری

✓ همکاری با کشورهای عضو اکو، کشورهای اسلامی، کشورهای منطقه خاورمیانه، اروپا و غرب  
✓ ترجمه انواع کتاب و راهنما و بروشورهای تبلیغاتی به تمامی زبان‌هایی که مسافران این کشور با آن تکلم می‌کنند

✓ برگزاری انواع مسابقه سفرنامه‌نویسی و جشنواره و نمایشگاه‌های فصلی

✓ ساخت فیلم‌های مستند از جاذبه‌های گردشگری

✓ ایجاد تسهیلات در اعطای بورس به دانشجویانی که رشته تحصیلی خویش را با موضوعات گردشگری انتخاب کرده‌اند

✓ بسترسازی برای استانداردسازی قوانینی که در حوزه گردشگری در این کشور وضع می‌شود

✓ ایجاد دهکده‌های گردشگری

✓ رونق زیرساخت‌های گردشگری و سرمایه‌گذاری در ساخت هتل و انواع تاسیسات لازم در موضوع گردشگری

✓ حمایت دولت از انجام هرگونه سرمایه‌گذاری در حوزه‌های سخت‌افزاری یا نرم‌افزاری در موضوع گردشگری

- ۷- اجرای طرح‌های مشارکتی با دیگر کشورها در زمینه گردشگری و نهادینه کردن آموزش‌های لازم در استقبال از گردشگر و ده‌ها اقدام دیگر
- کشور تایلند نیز با مهیا کردن امکانات و شرایط زیر در صدد است به‌عنوان یکی از مقاصد مهم گردشگری سلامت در آسیای جنوب شرقی باشد:

  - ۱- امکانات پزشکی خوب مطابق با استانداردهای بین‌المللی
  - ۲- پزشکان مجرب ( غالباً تحصیل کرده اروپا و آمریکا)
  - ۳- قیمت ارزان خدمات
  - ۴- زمان انتظار نزدیک به صفر برای بیماران
  - ۵- بهره‌گیری از جدیدترین فن‌آوری‌های پزشکی (NOVLIS / PET CT SCAN / DAVINCI)
  - ۶- سطح کیفی بالای مراقبت پرستاری (با توجه به فرهنگ مهمان‌پذیری تایلندی‌ها)
  - ۷- فراهم بودن کلیه خدمات پزشکی (انواع کلینیک‌های تخصصی، جراحی، کلینیک‌های دندان‌پزشکی، مراکز لیزر، SPA و مراکز درمانی خاص)
  - ۸- خدمات اقامتی بی‌نظیر
  - ۹- وجود غذاهای سالم و ارزان
  - ۱۰- یکی از بهترین مقاصد توریستی دنیا

در ایران ظرفیت‌های زیادی از قبیل امکانات پزشکی (بیمارستان‌های مدرن و مرکز تحقیقاتی رویان در شهر تهران، بیمارستان‌های مدرن در کلان‌شهرها و سایر شهرستان‌های کشور، مرکز تحقیقات ناباروری دانشگاه علوم پزشکی یزد و...) وجود پزشکان متبحر، وجود چشمه‌های متعدد آب معدنی در بسیاری از مناطق جغرافیایی، وجود چهار فصل سال و مهم‌تر از آن وجود آثار متنوع باستانی، فرهنگی و مذهبی، برای جذب توریسم سلامت وجود دارد. شواهد نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر ارائه خدمات پیشرفته درمانی در ایران به‌طور چشم‌گیری گسترش و توسعه یافته است. گسترش خدمات فوق تخصصی در زمینه پیوند اعضا از ۶ مورد در سال ۱۳۶۳ به ۱۰/۰۰۰ مورد در سال ۱۳۷۸ افزایش یافته است، کاهش اعزام بیماران به خارج از کشور همواره ادامه دارد (ارز تخصیص یافته از ۳,۴ میلیون دلار در سال ۱۳۷۶ به ۲,۴ میلیون دلار در سال ۱۳۷۹ کاهش یافته است). انجام جراحی قلب باز که

قبلاً در انحصار دو بیمارستان مرجع شهید رجایی و قلب تهران بوده به سرعت به سمت بیمارستان‌های مراکز استان‌ها و شهرهای بزرگ در حال گسترش است.

گرچه کشورمان با انجام اقداماتی توانست در سال ۸۳ تقریباً ۱۲ هزار و در سال ۸۴، ۱۷ هزار و پانصد بیمار خارجی را پذیرش نماید ولی این تعداد در مقایسه با آمار بعضی از کشورها که ظرفیت کمتری دارند، مطلوب به نظر نمی‌رسد. جا دارد نظام سلامت ایران با اقدامات اساسی شامل: تشکیل شورای سیاست‌گذاری گردشگری سلامت و تدوین و تصویب طرح جامع گردشگری سلامت، اعطای وام جهت ساخت یا تجهیز بیمارستان با کلاس جهانی، تربیت نیروی انسانی حرفه‌ای (چند زبانه، آشنا با فرهنگ‌های مختلف و ...)، تعیین خواص درمانی چشمه‌های معدنی و آب‌گرم توسط محققین، شرکت در نمایشگاه‌های بین‌المللی گردشگری سلامت، ایجاد پلیس گردشگری و موارد دیگر نسبت به توسعه توریسم سلامت برنامه‌ریزی نماید.

### ضعف آموزش علوم پزشکی

آموزش علوم پزشکی در کشور طی ۲۵ سال گذشته توسعه کمی قابل ملاحظه‌ای داشته است و از طریق گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی، راه‌اندازی برنامه‌های آموزشی (منجر به اعطای مدرک) و استفاده از حداکثر ظرفیت آموزشی، توانسته کمبود ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطح کشور را تا حد زیادی مرتفع سازد. بالاترین رشد کمی در آموزش پزشکی، بین سال‌های ۱۳۷۳-۱۳۶۳ رخ داد. رشد فزاینده تعداد پذیرفته‌شدگان و فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی در دهه ۱۳۷۰ موجب شد که در مدت شش سال تعداد پزشکان عمومی به بیش از دو برابر افزایش یابد. این روند تقریباً در سایر رشته‌های گروه پزشکی نیز مشاهده می‌شود. سؤال کلی که در راستای دستاوردهای فوق مطرح می‌گردد، این است که افزایش این همه نیروهای ماهر چه قدر در حل مشکلات نظام سلامت موثر بوده است؟ چرا با وجود افزایش چشم‌گیر پزشک عمومی، هنوز مناطق وسیعی از کشور خصوصاً مناطق روستایی با کمبود پزشک مواجه هستند؟ چرا با این همه افزایش کمی و کیفی دانشکده‌های دندانپزشکی، مراکز تحقیقاتی مرتبط و تربیت نیروهای ماهر به خصوص دندانپزشک و بهداشت کار دهان و دندان، شاخص DMF<sup>۱</sup> در جامعه

کاهش چندانی نیافته است؟ یک دکتری داروساز که در طول ۶ سال تحصیل به دلیل برخورداری از امکانات گران‌قیمت آزمایشگاهی، هزینه سنگینی برای دولت ایجاد می‌نماید، آیا هدف همین می‌باشد که بعد از فارغ-التحصیلی به عنوان فروشنده دارو عمدتاً پشت صندوق مالی بنشیند؟

یکی از دستاوردهای دیگر نظام آموزشی کشور، فراهم کردن امکانات زیاد برای ادامه تحصیل از مقطع کاردانی به مقاطع بالاتر می‌باشد. این فراهمی آن‌قدر گسترده است که تعداد فارغ‌التحصیلان از مقطع کاردانی تا مقطع دکتری تخصصی (Ph.D) که در حالت معمول باید به شکل مثلی باشد را در آینده نه چندان دور به شکل استوانه‌ای تغییر خواهد داد. گرچه ادامه تحصیل در برخی شرایط از جمله: اضافه شدن یک یا چند فرایند جدید در محیط کار فعلی که نیاز به دانش و مهارت سطوح بالاتر دانشگاهی دارد، انجام فرایندهای فعلی که به دلیل دانش کم کارکنان، سرعت کار پایین و خطای کار بالاست، توسعه فعالیت‌های کیفی همراه با بروز خلاقیت و نوآوری و موارد دیگر امری اجتناب‌ناپذیر خواهد بود اما آیا بالاتر رفتن مقطع تحصیلی نیروهای ماهر در همه رشته‌های تحصیلی با این درصد بالا به نفع نظام سلامت می‌باشد؟ آیا به‌نظر نمی‌رسد کاردان بهداشت محیط بهتر از کارشناس در کوچه و پس‌کوچه‌های شهر و روستا فعالانه برای بازدید اماکن قدم می‌زند و جدی‌تر عمل می‌کند؟ یک کاردان اتاق عمل ضمن مشارکت مستقیم در فرایند عمل، ممکن است بعضی از کارهای خدماتی را هم انجام دهد ولی وقتی که کارشناس می‌شود، همکاری در انجام بعضی از کارهای خدماتی را برای خودش یک ظلم می‌داند و چونکه مدرک تحصیلی بالاتر را اخذ نموده، تمایل به قبول سرپرستی بخش را پیدا می‌نماید. از طرفی چون تحقق تمایلات و خواسته‌های جدید با محدودیت سازمانی مواجه می‌شود، به تدریج ممکن است باعث ایجاد تعارضات پنهان و آشکار بین نیروی جدیداً ارتقای تحصیلی یافته با سایر نیروهای بخش گردد. شواهد غیررسمی نشان می‌دهد در موارد زیادی که کارکنان شاغل نظام سلامت وقتی که از کاردانی به کارشناسی راه پیدا می‌کنند، در دانشگاه بسیاری از دروس دوره کاردانی را با تغییرات جزئی تکرار می‌کنند و بعد از فارغ‌التحصیلی، تقریباً همان کارهای قبل کارشناسی را انجام می‌دهند. بنابراین، این ارتقای تحصیلی کمی حقوق و سایر مزایای مالی کارمند را افزایش می‌دهد ولی چالش‌برانگیزتر این که توقع آن‌ها را بالاتر می‌برد که عمده این توقعات به دلیل محدودیت سازمانی برآورده نمی‌شود و بعضاً باعث کاهش انگیزه و تضعیف روحیه کاری پرسنل می‌گردد.

از منظر دیگر، آموزش پزشکی در کشور ما به لحاظ ماهیت با اشکالات دیگری نیز روبرو است که آن را از حالت کاربردی خارج کرده است. در تمام دنیا در کنار آموزش علوم پزشکی، مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه که پزشک باید به آن‌ها اشراف داشته باشد نیز آموزش داده می‌شود. موضوعی که در کشورمان کمتر به آن توجه می‌شود. کم‌توجهی به مقوله کرامت انسانی در محیط آموزشی، موارد مهمی است که نیاز به مداخله جدی دارد. آموزش پزشکی بر خلاف بسیاری از رشته‌ها، یک رشته کارگاهی نبوده و محور آموزش آن، کالبد انسانی است. در این میان باید حتماً کرامت و سلامت انسانی رعایت شده و به بهانه آموزش، خساراتی به جسم و روح آنان وارد نگردد. شاید ذکر این نکته ضروری باشد که نظام آموزش پزشکی در ایران برگرفته از الگوی نیم قرن پیش آمریکاست. در آن زمان در آمریکا، انسان‌ها بر حسب نژاد عملاً به عنوان کالای آموزشی مورد استفاده قرار می‌گرفتند. اما سال‌هاست که این روش حتی در آمریکا منسوخ شده است. امروزه در کشورهای غربی این مساله به خوبی مورد توجه قرار گرفته و حفظ شأن انسان‌ها در درجه نخست اهمیت قرار دارد، اما در کشور ما با وجودی که به لحاظ اعتقادی انسان اشرف مخلوقات دانسته می‌شود، این موضوع بعضاً به دست فراموشی سپرده می‌شود.

برخی از اساتید و مربیان پزشکی انگیزه‌های لازم جهت مشارکت فعال و به‌موقع در فرایند درمان را ندارند و به همین دلیل، به خصوص در موقع اورژانس و اوقات غیراداری، عملاً سرنوشت بیماران به دست کارورزانی سپرده می‌شود که فاقد اطلاعات و مهارت‌های لازم هستند. ضمن این‌که دستیاران (رزیدنت‌های) ارشد نیز به دلیل مشکلات درسی و معیشتی متعدد، عملاً در مواقع ضروری، حضور محسوس و کافی بر بالین بیماران ندارند.

از سوی دیگر، باید توجه داشت که تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای واقعی جامعه، ایجاد پیوند بین آموزش پزشکی و محیط طبابت در آینده، تأکید بر حفظ مبانی اخلاقی و انسانی در آموزش سلامت‌نگر (مراقبت‌های اولیه و بعدی)، تنها از طریق اصلاح نظام آموزشی پزشکی و ترویج آموزش پزشکی جامعه‌نگر<sup>۱</sup> امکان‌پذیر است. اکثر کشورهای توسعه‌یافته که آموزش پزشکی جامعه‌نگر را ترویج می‌کنند، ویژگی‌های مهمی از قبیل: ایجاد پیوند میان آموزش پزشکی و محیط آتی اشتغال، تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای واقعی جامعه، ایجاد رابطه



متقابل میان آموزش پزشکی و نظام سلامت، آموزش نحوه مراقبت از بیماری‌های مزمن و شایع منطقه، یادگیری علوم رفتاری، یادگیری و شناخت اشکال مختلف بیماری‌ها و یادگیری مهارت‌های فرآیندی<sup>۱</sup> را برای نظام آموزشی خود ایجاد و تجربه نمودند. در یادگیری مهارت‌های فرآیندی که شامل پنج مرحله: تعیین مساله<sup>۲</sup>، حل مساله<sup>۳</sup>، تصمیم‌گیری<sup>۴</sup>، تحقیق<sup>۵</sup> و ارزیابی می‌باشد، با اعتقاد به این که یادگیری در جامعه عملاً یک فرایند محسوب می‌شود یادگیرنده در جریان گذر از تمام این مراحل، آموزش‌های لازم را اخذ و تجربیات مورد نیاز را بدست می‌آورد. با طی روند یاد شده، دیگر پزشک بدون در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و.... بیمار، اقدام به طبابت و تجویز دارو نمی‌کند.

### چالش‌ها و فرصت‌های طب مکمل

تمامی نظام‌های پزشکی اعم از روش‌های تئوریک و روش‌های عملی به موازات طب رایج و متداول، تکامل یافته‌اند، بسیاری از آن‌ها روش‌های طب سنتی هستند که توسط فرهنگ‌های مختلف در سرتاسر دنیا مورد آزمایش و بهره‌برداری قرار گرفته‌اند.

طب سنتی از قدیمی‌ترین شیوه‌های درمانی در جوامع بشری است که بسیار پیش‌تر از طب مدرن مورد استفاده ملل مختلف بوده و رشد و نمو خود را مدیون سنت، فرهنگ و آداب و رسوم ملل گوناگون است. اگرچه طب مدرن نیز به طور بسیار گسترده‌ای رشد و پیشرفت کرده است، اما طب سنتی هنوز در بسیاری از کشورها جایگاه خود را حفظ کرده و در چند دهه اخیر رشد فزاینده‌ای داشته است.

امروزه مردم بسیاری از کشورها به دنبال یافتن شیوه‌هایی از درمان‌های طبیعی هستند تا علاوه بر درمان بیماری‌هایشان، از ابتلا به بیماری‌های جدید پیشگیری کنند. رشد تقاضا در این زمینه چه از طرف مردم و چه منابع، نشان

- 
- 1- LEARNING PROCESS SKILLS /2- PROBLEM DEFINITION
  - 3- PROBLEM SOLVING
  - 4- DECISION MARKING
  - 5- RESEARCH

دهنده جایگاه قابل ملاحظه طب سنتی در عرصه بهداشت و درمان می‌باشد که توجه و حمایت بیشتر دولت‌مردان و جوامع علمی-دانشگاهی را به خود معطوف کرده است. با این وجود، عدم حمایت نظام بیمه‌ای، عملکرد طب سنتی را به شدت محدود می‌سازد. به نظر می‌رسد حمایت کامل سازمان‌های بیمه‌گر از شیوه‌های اصولی و تایید شده طب سنتی و مکمل بتواند ضمن کنترل هزینه‌های درمان، سلامت جامعه را نیز بهبود بخشد.

سازمان جهانی بهداشت، استراتژی جامع خود در مورد طب سنتی را برای اولین بار در سال ۲۰۰۲ ارائه کرد. محورهای مهم این استراتژی که برای هم‌یاری و مساعدت کشورهای مختلف در زمینه ارتقای سطح کیفی و کمی طب سنتی طراحی شده به قرار زیر است:

۱- توسعه سیاست‌ها و خط‌مشی دولت‌ها برای ارزیابی و نظام‌مند کردن طب سنتی و شیوه‌های متنوع طب مکمل و جایگزین.

۲- تضمین قابلیت و خاصیت طب سنتی و درمان‌های مکمل و جایگزین به خصوص گیاهان دارویی.

۳- شفاف‌سازی مفهوم «درمان‌شناسی» در طب سنتی و درمان‌های مکمل و جایگزین برای تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان این نوع داروها.

۴- جمع‌آوری اطلاعات مربوط به طب سنتی و درمان‌های وابسته به آن.

در حال حاضر، سازمان جهانی بهداشت دومین دستورالعمل خود درخصوص طب مکمل را منتشر کرده‌است و در کشورهای بورکینافاسو، کنگو، گینه، مالی، نیجریه، کنیا، اوگاندا و زیمبابوه پروژه‌های تحقیقاتی در مورد تاثیر گیاهان بر درمان ایدز، مالاریا، کم‌خونی (سلول‌های داسی شکل) و دیابت را در دست اجرا دارد.

در سال ۲۰۰۳ این سازمان حمایت‌هایی را در جهت تسهیل فرایند توسعه و معرفی طب سنتی و درمان‌های مکمل به وسیله دوره‌های تحصیلی در فیلپین فراهم کرد و تعلیم و تربیت عرضه‌کنندگان محصولات طب سنتی و داروهای مکمل را در سه کشور چین، مغولستان و ویتنام در دستور کار خود قرار داد.

در کشور ما گرچه در سال‌های اخیر توجه زیادی به توسعه طب سنتی از قبیل تاسیس چند دانشکده طب سنتی و تربیت دکتری تخصصی شده است، اما در بازار سلامت اقدامات چندان گسترده‌ای در مدیریت و ارتقای طب سنتی به عمل نیامده است. یکی از مشکلات احتمالی، این خواهد بود که متخصصان طب سنتی مانند خیلی از متخصصان بالینی معمولاً در شهرهای بزرگ و دانشگاهی به فعالیت می‌پردازند که ساکنین آن ممکن است تمایل

چندانی برای برخورداری از خدمات طب سنتی نداشته باشند و برعکس در شهرهای کوچک و مناطق محروم که مردم اعتقاد بیشتری به درمان‌های سنتی دارند، همواره از دسترسی به متخصصان طب سنتی دور خواهند بود.

### ضعف بهینه‌سازی مصرف دارو

دارو نقش حیاتی در عملکرد مناسب خدمات سلامت ایفا می‌کند. بسیاری از خدمات درمانی و پیش‌گیرانه وابسته به دارو بوده و بیماران در دسترس بودن آن را نشانگر کیفیت مناسب خدمات سلامت می‌پندارند. با وجود پیشرفت‌های صورت گرفته در زمینه دسترسی به داروهای اساسی طی دهه‌های گذشته، هنوز هم درصدی از جمعیت جامعه از دسترسی به بعضی از داروهای مورد نیاز محروم هستند.

مدیریت دارو صرفاً به معنای رفع نیازهای بهداشت و درمان یک کشور نیست بلکه یکی از راه‌های اصلی دست-یابی به فن‌آوری مناسب و مقوله‌ای امنیتی محسوب می‌شود که متأسفانه به سرعت در حال سقوط به ورطه بی‌بند و بار و خطرناک دلالی است.

در ایران به طور متوسط ۳۰ درصد از منابع سازمان‌های بیمه‌گر صرف پرداخت هزینه‌های دارویی می‌شود و سهم مردم در مصارف سلامت کشور (با توجه به گزارش سال ۲۰۰۲ میلادی سازمان جهانی بهداشت) برابر با ۵۳/۷ درصد هزینه‌هاست که به طور مستقیم توسط آنان پرداخت می‌شود. اما از آنجا که پرداخت فرانشیز حق فنی و هزینه داروهای خارج از فهرست تعهد نیز به عهده بیمار است، درصد این هزینه‌ها بالاتر نیز می‌رود. تجویز بیش از حد، تجویزهای متعدد، استفاده زیاد از آنتی‌بیوتیک‌ها، سوءاستفاده از داروهای تزریقی و عدم مصرف بهینه محصولات موثر مانند مایع درمانی خوراکی<sup>۱</sup> به جای سرم درمانی، مهم‌ترین مشکلات حاصل از مصرف غیرمنطقی دارو را تشکیل می‌دهد. علت بروز این مشکلات را می‌توان در فشارهای اقتصادی، نبود اطلاعات، کمبود نیروی انسانی، نبود نظارت و پاسخ‌گویی، سودجویی شرکت‌های دارویی و سودهای فراوانی که از تجویز و توزیع غیرمنطقی دارو نصیب فروشندگان و توزیع‌کنندگان دارو می‌شود، جستجو کرد. با آموزش

---

1 - Oral Rehydrating Solution (ORS)

تجویزکنندگان و توزیع کنندگان دارو، ارائه استانداردهای راهنمای درمان<sup>۱</sup>، بازنگری در نحوه بهره‌مندی از دارو و تشویق به استفاده از داروهای ژنریک می‌توان با این موارد و مشکلات مقابله نمود.

### ضعف مدیریت تجهیزات پزشکی

هزینه سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی و تشخیصی به نحو بی‌سابقه‌ای در حال افزایش می‌باشد که قسمت زیادی از این افزایش هزینه، مربوط به تامین تجهیزات پزشکی است. مطابق با بررسی‌های انجام شده در ایران برای راه‌اندازی بیمارستان‌های جدیدالتاسیس حدود یک سوم هزینه‌های ساخت و تجهیز بیمارستان به خرید تجهیزات پزشکی اختصاص می‌یابد و علاوه بر آن برای نگهداشت و تعمیر آن باید مبلغ ۲۰ - ۱۰ درصد قیمت خرید در بودجه سالانه پیش‌بینی شود. واقعیت‌های بازار تجهیزات پزشکی نشان می‌دهد که هر روزه تجهیزات جدیدی وارد بازار مصرف می‌شوند که به دلیل کارآیی بیشتر و با قیمت پایین‌تر، وجود و ادامه استفاده از تجهیزات قدیمی کاملاً سالم را به چالش می‌کشند. در کنار آن روز به روز بر تعداد و تنوع شرکت‌های تولید و عرضه‌کننده تجهیزات پزشکی افزوده می‌شود که درصد زیادی از آن‌ها دارای اعتماد و اعتبار کافی نیستند. بعضی از تجهیزات پزشکی از چنان پیچیدگی برخوردار هستند که تعداد افراد معدودی می‌توانند مهارت کاربری آنها را کسب نمایند و آن‌هایی که در به کارگیری آن به آموزش جزئی هم نیاز می‌باشد، همین آموزش اولیه و مقدماتی به کاربران داده نمی‌شود. حال چرا با گذشت بیش از یک‌صد سال از تشکیل بازار لوازم و تجهیزات پزشکی، حدود پنجاه سال از فعالیت شرکت‌های مربوط، بیش از سی سال سابقه قانون‌گذاری سازمانی و هیچ‌ده سال از تاسیس رشته مهندسی پزشکی در ایران هنوز مشکلات زیادی را در نظام سلامت باقی گذاشته است؟

بی‌تردید لوازم و تجهیزات پزشکی در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی نقش بسزایی داشته و از پایه‌های اصلی این بخش محسوب می‌شود و مدیریت مواد، لوازم، تجهیزات و تاسیسات پزشکی - بعد از نیروی انسانی - رکن دوم سرمایه در نظام سلامت محسوب می‌شود. زمانی که به لزوم سامان‌دهی مدیریت تاسیسات، ملزومات و تجهیزات پزشکی تاکید می‌شود، بدان معناست که از نظر کمیت و کیفیت، به عنوان یک برنامه و سیستم مشخص و منسجم در راستای دستیابی به نیازسنجی، انتخاب، خرید، تحویل، آموزش، نصب و راه‌اندازی، کاربری،

1- STANDARD THERAPEUTIC GUIDELINE (STG)

نگهداری پیش‌گیرانه، تعمیر، تنظیم و بهره‌برداری مناسب و استاندارد تجهیزات و تاسیسات و در دسترس بودن صحیح و به‌موقع ملزومات مصرفی عمل نماید. استقرار این مدیریت می‌تواند به مرور کیفیت عملکرد، کاهش هزینه‌های انسجام‌بخش در عملکرد بهره‌وری و فرهنگ‌سازی مطلوب در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و مراکز وابسته بهداشتی و درمانی را در بخش‌های دولتی، خصوصی و خیریه به همراه داشته باشد. موارد یاد شده حجم زیادی از برنامه‌ریزی و اجرا در مراکز بهداشتی و درمانی و دانشگاه‌های علوم پزشکی را طلب می‌نماید.

تجارب سال‌های گذشته نشان می‌دهد که به طور کلی سرمایه‌گذاری در بخش دولتی و غیردولتی برای خرید تاسیسات و تجهیزات قابل ملاحظه بوده و سریع انجام می‌گیرد، ولی به نگهداشت، کاربری و بهره‌برداری مناسب از آن‌ها و مدیریت مشتری، زمان، هزینه‌ها و ساختار توجهی نمی‌گردد. همین امر باعث می‌شود که استفاده به‌موقع، هماهنگ و بهینه از منابع انسانی، تملک دارایی، مالی، ارزی، یارانه‌ای و تسهیلات و امکانات بخش‌ها صورت نگرفته و میزان هزینه‌ها افزایش و کیفیت خدمات کاهش یابد در نتیجه میزان کارایی و بهره‌وری سازمان و رضایت‌مندی مشتریان و بخش‌ها کم می‌شود. عمر مفید تجهیزات پزشکی به نحو چشم‌گیری در بخش دولتی کم و کوتاه است. این موضوع دو علت اصلی دارد:

۱- به علت عدم آشنایی، مهارت، دلسوزی و احساس مالکیت استفاده‌کنندگان از یک طرف و نظارت ناکافی و ناکارآمد سرپرستان و مسئولان، تجهیزات به طور سریع فرسوده می‌شوند.

۲- دیده شده گاهی یک دستگاه به طور عمدی خراب می‌شود؛ زیرا با از کار افتادن آن میزان کار فرد کم می‌شود و درآمد او در بخش خصوصی که دستگاه مشابهی را خریداری کرده و وی در آنجا شاغل است (در صورت اشتغال پاره‌وقت)، افزایش می‌یابد.

در خصوص اقلام مصرفی نظیر استنت‌های قلبی، لوازم ارتوپدی و ... نیز هیچ‌گونه نظارت مشخصی وجود ندارد و شرکت‌های واردکننده بدون هماهنگی با سازمان‌های بیمه‌گر اقدام به وارد کردن ملزومات مصرفی (در برخی موارد با مارک‌های غیر واقعی) می‌نمایند و پس از آن با بازاریابی غیر اخلاقی و برقراری ارتباط ناصحیح تجاری، اقدام به فروش محصولات خود می‌کنند.

## مشکلات تامین مالی بخش سلامت

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های کشورهای موفق در تامین حداکثر سطح سلامت برای جامعه، منطقی بودن شیوه تامین مالی و بیشینه کردن سهم بخش عمومی (مالیات مرکزی و محلی، مشارکت حداکثری بیمه‌ها) نسبت به سهم پرداخت از جیب مردم در تامین مالی خدمات سلامت است تا مردم از نظر پوشش حمایتی در زمان بیماری احساس آسودگی خاطر کنند و در صورت ناتوانی و فقر از خدمات درمانی و بهداشتی چشم‌پوشی ننمایند. در شرایط فعلی کشورمان، مردم تقریباً ۶۰ درصد هزینه‌های سلامت را تامین مالی می‌کنند و علی‌رغم اختصاص رقم قابل توجهی از تولید ناخالص داخلی<sup>۱</sup> (GDP) به سلامت عمومی این سازمان‌ها (وزارت بهداشت و بیمه‌های اجتماعی و سازمان‌های دولتی) تنها ۴۰ درصد خدمات را با کیفیت دولتی تامین مالی می‌کنند. در مطالعه‌ای که در خرداد ماه ۱۳۹۲ در یکی از شهرستان‌های کشور انجام گرفت، بیماران دارنده دفترچه‌های تامین اجتماعی، خدمات درمانی و بیمه روستایی ۸۷ درصد هزینه خدمات سرپایی سطح ۲ و ۳، ۸۲/۲ درصد کل هزینه خرید دارو، ۸۰/۳ درصد کل هزینه دریافت خدمات آزمایشگاهی و ۹۱/۸ درصد کل هزینه دریافت خدمات تشخیصی مثل رادیولوژی، سونوگرافی و ... از بخش خصوصی را مستقیم از جیب پرداخت نمودند و به عبارت دیگر نقش سازمان‌های بیمه‌گر در تقبل هزینه خدمات سرپایی تخصصی ۱۳ درصد، خرید دارو ۱۷/۸ درصد، خرید خدمات آزمایشگاهی ۱۹/۷ و خرید سایر خدمات تشخیصی ۱۸/۲ درصد بوده است. به خاطر بالا بودن هزینه‌های درمانی و سهمی که مردم مجبور به پرداخت آن هستند، ۳/۵ تا ۴ درصد خانواده‌ها وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود به علت مخارج سلامتی دچار هزینه‌های کمرشکن<sup>۲</sup> شده و مجبور به فروش کالای بادوام مثل مسکن، زمین یا لوازم منزل و سایر مسائل و معضلات می‌شوند و به زیر خط فقر سقوط می‌کنند.

به نظر می‌رسد اگر پس از کسر هزینه‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های ملی بخش سلامت، بودجه عمومی به تعداد جمعیت تقسیم و به عنوان حق بیمه سرانه در اختیار یک صندوق بیمه عمومی قرار گیرد و بدین طریق خدمات را از بیمارستان‌ها و سایر مراکز بهداشتی درمانی بر اساس بسته خدمات تحت پوشش بیمه خریداری

1 - Gross Domestic Production

2 - Catastrophic health expenditure

نمایند و برای خریداری خدمت رعایت اصول کیفی استاندارد مراکز و خدمات را مد نظر قرار دهند، در این صورت مردم به سطح مطلوب‌تری از خدمات به لحاظ کیفی و کمی (افزایش کمی بسته خدمت) دسترسی پیدا می‌کنند و بیمارستان‌ها و سایر مراکز بهداشتی درمانی هم برای دریافت بازپرداخت بیمه‌ای ملزم به رعایت شاخص‌های عملکرد مطلوب می‌شوند و فضای رقابت برای جذب بیمار و کسب رضایت وی به‌دست می‌آید و خودگردانی بیمارستان‌ها از محل حداکثر درآمدهای بیمه‌ای و حداقل درآمدهای نقدی در حقیقت از محل عملکرد مناسب، عملی می‌شود.

البته برای تحقق این آرزوها می‌بایست سهم سلامت از مالیات، درآمدهای نفتی، عوارض محلی و درآمدهای سازمان‌های مسئول از جمله شهرداری‌ها، کارخانجات و صنایع آلاینده محیط به شیوه‌ای مطلوب و نظام‌مند اخذ گردد و سازمان‌های بیمه‌ای از توان برنامه‌ریزی (تعریف بسته خدمات استاندارد، تعیین تعرفه‌های واقعی، شیوه مناسب پرداخت و نظام اطلاعاتی جامع) و شیوه‌های مناسب کنترل برخوردار گردند و در چارچوب سیاست‌های کلان سلامت کشور که از طریق وزارت بهداشت انجام می‌شود حرکت نمایند.

### نارسایی ساختار سازمانی بخش سلامت

ابعاد سازمانی نظام سلامت اعم از ساختاری و محتوایی قابل نقد است. در بعد ساختاری دچار رسمیت‌گرایی زیاد و در نتیجه افت نوآوری و خلاقیت گردیده است. علی‌رغم تلاش‌های فراوان برای تمرکز زدایی هنوز رویکرد متمرکز بر ساختار سلامت حاکم است. مثلاً روسای دانشگاه‌ها به عنوان مهم‌ترین سطح مدیریت میانی از سوی وزیر انتخاب می‌شوند و یا یک بیمارستان دولتی در یک شهرستان نمی‌تواند روش پرداخت مجزا، مدیریت مستقل نیروی انسانی و یا نظام مدیریتی مبتکرانه‌ای را اتخاذ نماید مگر این که توسط دولت به عنوان پایلوت یک طرح انتخاب شود. حتی طرح‌های اصلاح طلبانه مدیریتی مثل بیمارستان‌های هیأت امنایی از قواعد و دستورالعمل‌ها (و نه سیاست‌های عمومی) تبعیت می‌کنند. دانشگاه‌ها نظام آموزشی مشابهی دارند. از بعد ساختار سازمانی، رویکرد اصلی ساختار وزارت، وظیفه‌گرا و عریض و طویل است و از پیچیدگی و عدم ارتباطات ارگانیک بین واحدها و بخش‌ها رنج می‌برند. در بعد محتوایی «تشویق کارکنان» با اهداف ایجاد پویایی سازمانی و تعالی فرهنگ

کسب و کار برای به حرکت در آوردن انگیزش‌های انسانی و ارائه بهترین خدمات سلامتی به جامعه، کافی نیست. جایگاه بخش خصوصی و شیوه مشارکت، نظارت‌پذیری و ارتباط سازمانی آن با بخش دولتی در هاله‌ای از ابهام است که زمینه سوءاستفاده، آزادی مطلق و در بعضی موارد تضعیف این بخش را فراهم نموده است.

تشکیل هیأت‌بازنگری و تدوین ساختار سلامت کشور با حضور جمعی از خبرگان دانشگاهی، دستگاه‌های اجرایی، وزارتی و نمایندگان مردم و بخش خصوصی برای شناخت استراتژیک از اولویت‌ها و چالش‌های موجود، کوچک‌سازی، ساده‌سازی و طراحی ساختار با رویکرد ماتریسی و نیروی انسانی مورد نیاز با دانش و مهارت‌های مورد نیاز برنامه‌ریزی و مدیریت ملی، ضرورتی غیرقابل اجتناب می‌باشد. تدوین برنامه استراتژیک وزارت با دید بلندمدت اولین اقدام جامع در این راه خواهد بود.

اگرچه برنامه‌نویسی استراتژیک چند سالی است در سیستم‌های سلامتی تجربه شده ولی تحقق اهداف این برنامه‌ها منوط به کفایت علمی، دید تحلیلی جامع‌نگر و دقیق از وضع موجود و پیش‌بینی استراتژی‌ها و ابزارهای مدیریتی صحیح می‌باشد.

### ضعف مدیریت منابع انسانی

نیروی انسانی به‌ویژه نیروی انسانی آموزش دیده و ماهر مهم‌ترین سرمایه هر سازمان است. خوشبختانه بخش اعظم نیروی انسانی بخش سلامت در سطح بالایی از دانش و مهارت قرار دارند که این به‌نوبه خود مدیریت معقول‌تری را می‌طلبد. پرداخت حداقل‌های حقوقی جامعه به اکثریت کارکنان (کارشناسان، اکثریت پزشکان و پیراپزشکان و پرستاران)، احساس تفاوت غیرعادلانه با حداقلی از کارکنان (گروهی از مدیران و پزشکان)، ضعف انگیزش‌های غیرمالی نظیر عوامل شغلی، شرایط محیط کار و شیوه‌های تشویق و ترغیب کارکنان بخش سلامت کشور را با چالش انگیزشی مواجه ساخته است. اگرچه ایمان و انسان‌دوستی همواره پشتوانه خدمت‌رسانی در این بخش بوده است.



از آنجایی که میزان رضایت کارکنان مستقیماً با کیفیت خدمات و سطح سلامت جامعه در ارتباط است می‌بایست یکی از اولین راهکارهای مدیریت نوین این بخش را بر به کارگیری ابزارهای صحیح مدیریت کارکنان استوار ساخت.

چه بسا با صرف هزینه‌های اندک، برنامه‌ریزی صحیح مشاغل و مسیر ورود به خدمت، ارتقای کارکنان، شیوه مناسب پرداخت و رفع تبعیض‌های احتمالی بتوان موتور محرکه نیروی انسانی این بخش را به قوا و حرکت بیشتر واداشت و با وجود نیروهای آموزش دیده بیکار، از فقر شاخص پزشکی یا پرستار به ازای جمعیت رنج نبرد.

ساختار ماتریسی و تقویت عملکرد تیمی در سطح سیاست‌گذاری و طراحی فرایندها و مشاغل در سطح عملیاتی ارائه خدمات، ترسیم و شفاف‌سازی مسیر شغلی، مدیریت عملکرد کارکنان مبتنی بر قراردادهای شغلی و پرداخت‌های متناظر عملکرد، اتخاذ روش پرداخت مناسب برای هر سطح (به‌خصوص جایگزینی شیوه کارانه در بیمارستان و حقوق برای کارکنان با روش‌های ترکیبی که منجر به افزایش کارایی و رضایت شود)، و نیز طراحی مدل منطقی انتخاب مدیران بخش سلامت بر پایه دانش و تجربه مدیریت و سوابق عملکردی، از جمله راهکارهای موثری است که در سیاست‌گذاری مدیریت منابع انسانی بخش سلامت باید مورد توجه سیاست‌گذاران و مدیران قرار گیرد.

در این میان به نظر می‌رسد تلفیق به کارگیری دانش آموختگان رشته‌های بالینی که دارای مهارت‌های فنی (مورد نیاز سطوح عملیاتی سیستم) و دانش آموختگان مدیریت که دارای مهارت‌های مدیریتی (مورد نیاز سطوح برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری) هستند، بتواند به اصلاح شیوه مدیریت این بخش کمک نماید.

### ناکارآمدی مدیریت فن‌آوری بخش سلامت

امروزه دانش و مداخلات مدیریتی سازمان‌های مراقبت سلامت، تجهیزات پزشکی و اداری، پروسیجرهای درمانی و داروها به عنوان فن‌آوری سلامت محسوب می‌گردند. این فن‌آوری‌ها پس از نیروی انسانی، سرمایه‌های

سلامت یک کشورند. همان‌گونه که در بخش تجارت، سرمایه‌گذاری صحیح منوط به اخذ اطلاعات و تجربیات دقیق و جامع که کلیه منافع و خطرات احتمالی را بسنجد می‌باشد، انتخاب و استفاده از فن‌آوری سلامت (با توجه به گرانی هزینه و وسعت استفاده برای کل جمعیت کشور) نیازمند سیاست‌گذاری، انتخاب و استفاده کارآمد است.

به عنوان مثال، ورود برخی داروهای گران‌قیمت به کشور و یا اتخاذ یک سیاست مدیریتی گسترده بدون انجام مطالعات لازم منتج به هزینه‌های گزاف و به‌دست آوردن حداقل منافع برای بیمار و جامعه می‌شود. شواهد نشان می‌دهد سازمان‌های مراقبت سلامت به‌ویژه ارائه‌کنندگان خدمات، بیشتر بدنبال تملک فن‌آوری جدید هستند تا تناسب و کارایی فن‌آوری با منافع بیماران و جامعه. چنان‌چه قبل از اجازه ورود به یک تکنولوژی گران‌قیمت یا فن‌آوری که در صورت تایید به‌طور گسترده در کشور مورد استفاده قرار می‌گیرد و سیستم را متحمل هزینه‌های سنگین نگهداشت و به‌کارگیری آن می‌کند، مطالعات لازم صورت پذیرد، کارایی و بهره‌وری منابع بیشتر شده و زیان‌های احتمالی آن به بیماران کمتر خواهد بود.

به‌کارگیری ابزار ارزیابی فن‌آوری سلامت و بررسی همه‌جانبه فن‌آوری‌های نوظهور یا در حال استفاده برای کمینه کردن اشتباه در انتخاب و استفاده از فن‌آوری‌ها، تاسیس هیأت ناظر بر ورود فن‌آوری‌های نوین نظیر انجمن تکنولوژی پزشکی در سوئد یا مرکز فن‌آوری در وزارت بهداشت مالزی و انجام پروژه-های مطالعاتی ارزیابی فن‌آوری توسط تیم‌های علمی و گروه‌های علمی مشاور<sup>۱</sup> مواردی هستند که می‌تواند مورد توجه سیاست‌گذاران و مدیران قرار گیرد. از سوی دیگر پس از انتخاب مناسب فن‌آوری، نیاز به مدیریت صحیح فن‌آوری از بعد برنامه‌ریزی، تخصیص منابع و نگهداشت و آموزش نیروی کاربر می‌باشد که نیازمند مداخلات لازم در ابعاد مدیریت تکنولوژی در سطح وزارت، دانشگاه‌ها و بیمارستان‌هاست.

---

1 - Committee on Health Technology Assessment and Technical Advisory

### ضعف و یا فقدان نظام جامع ارزیابی عملکرد

هر کدام از سازمان‌های تولید و ارائه‌کننده خدمات سلامت با هر مأموریت، چشم‌انداز و اهدافی که دارند در نهایت ملزم به پاسخ‌گویی به مشتریان، ارباب رجوع و سایر ذی‌نفعان خود هستند. هر سازمانی فقط با ارزیابی عملکرد می‌تواند کمیت و کیفیت پاسخ‌های داده شده به مشتریان و سایر ذی‌نفعان خود را تجزیه و تحلیل نماید. بر همین اساس ارزیابی عملکرد یکی از وظایف اصلی مدیران و مکمل برنامه‌ریزی محسوب می‌شود. با بزرگتر و پیچیده‌تر شدن سازمان‌ها، اهمیت ارزیابی عملکرد هم بیش‌تر و حساس‌تر می‌گردد. مایکل آرمسترانگ نویسنده کتاب مدیریت عملکرد در سال ۲۰۰۴ در تاکید بر اهمیت و حساسیت ارزیابی عملکرد می‌نویسد: کاری که نتوان اندازه‌گیری کرد نمی‌توان مدیریت نمود. اما در راستای بزرگ‌تر و پیچیده‌تر شدن سازمان‌ها، سئوالات متعددی در ذهن مدیران، مشاوران و کارشناسان مطرح می‌گردد که چه چیزهایی، چگونه و با چه ابزارهایی باید مورد سنجش قرار گیرند؟ تا ضمن کم‌هزینه و کاربردی بودن، واقعیت‌های سازمان را منعکس و در مسیر تعالی، جهت دهنده و هدایت‌گر باشند. تا قبل از دهه ۱۹۸۰ اکثر سازمان‌ها عمدتاً با شاخص‌های مالی مبادرت به ارزیابی عملکرد خود می‌نمودند که به تدریج با معرفی مدل‌های جامع‌نگر و شاخص‌های اثربخش‌تر توجه محض به شاخص‌های مالی کم رنگ شده است. کاپلان و نورتون در سال ۱۹۹۲ با معرفی کارت امتیازدهی متوازن<sup>۱</sup> (BSC) چهار دسته شاخص‌ها شامل: ۱- دیدگاه مشتری ۲- دیدگاه فرایندهای داخلی ۳- دیدگاه خلاقیت و نوآوری و ۴- دیدگاه مالی را برای سنجش عملکرد سازمان‌ها معرفی نمودند. بیش از سه دهه است که سازمان‌های پیشرو برای استقرار و نهادینه نمودن مدیریت کیفیت جامع و کسب رضایت هم‌زمان کلیه ذی‌نفعان (مشتریان، کارکنان، شرکا و جامعه) و موفقیت‌های درازمدت، مدل‌های تعالی سازمانی<sup>۲</sup> را طراحی و به کار گرفتند. تا به حال بیش از یک‌صد مدل تعالی در دنیا معرفی شده و در بیش از ۸۰ کشور در سطح ملی و بین‌المللی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مدل‌های تعالی سازمانی با فراگیر ساختن ارزش‌ها و مفاهیم بنیادین و جامع نمودن معیارهای ارزیابی، به عنوان یک ابزار کاربردی جهت بهبود و توسعه عملکرد سازمانی، بسیاری از مدیران و کارشناسان سازمان‌های تولیدی و خدماتی را در طراحی و اجرای پروژه‌های بهبود یاری می‌نمایند. در حال حاضر همه سازمان‌ها بدون توجه به بخش صنعتی

1 - Balanced Score Card

2 - Organizational Excellence Model

یا خدماتی، اندازه و وسعت، ساختار یا بلوغ سازمانی برای دستیابی به موفقیت‌های پایدار و طولانی مدت به ایجاد یک چارچوب مدیریتی کارآمد و مناسب نیاز دارند که آن را باید در بهره‌مندی از مدل‌های تعالی سازمانی جستجو نمایند. به کارگیری مدل تعالی سازمانی در کشور ما که از اوایل دهه ۱۳۸۰ در سطح ملی شروع شد با تلاش مضاعف سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران برنامه سوم و چهارم توسعه اقتصادی و اجتماعی از رشد شتابانی برخوردار شده است. ورود بخش بهداشت و درمان به عرصه تعالی سازمانی از سال ۱۳۸۶ این فرصت مبارک را در اختیار مدیران و کارشناسان حوزه سلامت قرار داده است تا همانند سازمان‌های تولیدی و انتفاعی، سازمان تحت مدیریت خود را در مسیر تعالی هدایت نمایند و در نهایت خدماتی با کیفیت مطلوب‌تر، با قیمت تمام شده معقول‌تر، تولید و در زمان مناسب‌تر به مشتریان ارائه نمایند.

با وجود ساز و کارهای قانونی در سطح ملی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هنوز بهره‌مندی از مدل جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران را برای ارزیابی و بهبود عملکرد سازمان‌های نظام مراقبت سلامت معرفی و ابلاغ نکرده است.

در مطالعه‌ای که به منظور بررسی نظام ارزیابی عملکرد معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام گرفت، از ۱۳ دانشگاه مورد مطالعه، هیچ کدامشان برای ارزیابی عملکرد از مدل علمی، جامع و سیستماتیک بهره‌مند نبوده‌اند. هر ۱۳ دانشگاه تا حدودی دارای شاخص‌های مدون بودند که بعضی از شاخص‌های مورد استفاده مثل محاسبه داده‌های زیج حیاتی، در معاونت بهداشتی همه دانشگاه‌ها تقریباً یکسان و مشابه بود ولی کل شاخص‌های مورد استفاده هر دانشگاه از نظر محتوا و تعداد با دیگر دانشگاه‌ها تفاوت داشت. تعدادی از واحدهای فنی در ۵ دانشگاه (۳۸/۵٪) شاخص‌های مورد ارزیابی را تا حدودی وزن‌دهی نمودند و در ۸ دانشگاه دیگر در این خصوص هیچ سابقه‌ای وجود نداشت. دانشگاه‌هایی که شاخص‌های مورد استفاده را وزن‌دهی نمودند، در این خصوص از هیچ مدل ملی یا بین‌المللی الگوبرداری نکرده و حتی از تجارب دیگر دانشگاه‌ها هم بهره‌مند نشدند. بنابراین شیوه وزن‌دهی و معیارهای استفاده شده در ۵ دانشگاه متفاوت از هم بوده است. مستندات موجود نشان می‌دهد در طول سه سال گذشته تنها معاونت بهداشتی ۳ دانشگاه علوم پزشکی هر کدام فقط یک طرح تحقیقاتی به منظور بررسی رضایت یا کسب نظرات، انتقادات و پیشنهادات ذینفعان اجرا نمودند که ۲ طرح مربوط به مشتریان و دیگری در خصوص کارکنان بوده است.

تعدادی از بیمارستان‌های کشور از جمله بیمارستان‌های شهید هاشمی‌نژاد و امام حسین (ع) تهران به صورت انفرادی با بهره‌مندی از مدل جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران، بهبود چشم‌گیری در عملکردهای سازمانی خود ایجاد نمودند که با تاکید بر اجرای حاکمیت بالینی، ادامه بهره‌مندی از مدل تعالی با اما و اگرهای زیادی مواجه شد. دانشگاه علوم پزشکی خراسان رضوی (مشهد) در طول سال‌های ۹۱-۱۳۸۹ فعالیت‌های گسترده‌ای در پیاده‌سازی مدل تعالی سازمانی داشته است اما به دلیل عدم حمایت ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گسترش و توسعه نیافته است. بهره‌مندی از شاخص‌های اعتباربخشی هم که برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها ابلاغ شده است، منتج به رتبه‌بندی بیمارستان‌ها نمی‌شود و یا بر اساس نتایج آن تشویق و تنبیهی اعمال نمی‌شود و پس‌خوراندی هم در سطح ملی ارائه نمی‌گردد.

### نارسایی مدیریت منابع مالی بخش سلامت

در مورد مشکلات تامین مالی در موارد پیشین به اختصار اشاره شد. مدیریت منابع مالی بخش سلامت در برگیرنده مشکلات موجود برای تخصیص منابع به روش علمی به خدمات سلامت است. اگر چه بودجه‌ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از بودجه‌ریزی افزایشی سنتی مبتنی بر دسته‌بندی دروندادها به بودجه‌ریزی عملیاتی ارتقا یافته اما هنوز با بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد<sup>۱</sup> فاصله زیادی دارد که احتمالاً علت اصلی این نقصان، ضعف سیستم هزینه‌یابی یا محاسبه قیمت تمام شده خدمات در سطوح ارائه و مدیریت خدمت است.

البته در سال‌های اخیر تلاش‌های وافر برای ارتقای نظام حسابداری و هم‌خوانی آن با بودجه‌ریزی عملیاتی صورت گرفته است اما اتخاذ روش مناسب پرداخت برای تغییر رفتار در ارائه‌کنندگان به ویژه بیمارستان‌ها و پزشکان هم‌چنان ضروری است. مثلاً روش پرداخت کارانه<sup>۲</sup> منجر به القای نیاز بیشتر و استفاده بیش از حد از تجهیزات و تحمیل هزینه‌های غیرضرور به بیماران و سیستم می‌شود. با روش‌های جدید پرداخت از جمله سرانه<sup>۳</sup>

1 - Performance based budgeting

2 - Per Case

3 - Capital

و گروه‌های وابسته تشخیصی<sup>۱</sup> (DRG) می‌تواند این بار مالی گراف را به سمت خدمات بهتر، سایر کارکنان و اولویت‌های مهم‌تر سوق دهد.

در سیاست‌گذاری سیستم بودجه‌ریزی، ارتقای سیستم حسابداری نقدی به تعهدی، محاسبه هزینه خدمات و تحلیل هزینه‌ها به عنوان مبنای اصلاح باید مورد توجه قرار گیرد. از سوی دیگر استانداردسازی عملیات و روش‌های اندازه‌گیری عملکرد، به عنوان پیش‌نیاز بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد تاکید گردد. اگرچه گستردگی خدمات و تنوع آن‌ها در بیمارستان‌ها، مراکز و سطوح ستادی کار ساده‌ای نیست ولی تنها راه برای بسترسازی عقد پیمان برای مدیریت مبتنی بر عملکرد نیروی انسانی، بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد و هزینه‌یابی خدمات است.

برای تغییر نظام پرداخت هم، نیاز به تعریف و استانداردسازی بسته خدمات، بسته تکنولوژی و استانداردسازی پروسیجرهای درمانی از طریق راهنمای بالینی عملکردده است<sup>۲</sup> تا مبنای پرداخت بر پایه روال علمی قابل قبول برای درمان هر بیمار یا هر رده از بیماری‌های طبقه‌بندی شده<sup>۳</sup> (ICD) باشد.

در این صورت با اشاره به تشخیص احتمالی و قطعی بیماری، پرداخت اقدامات انجام شده (مبتنی بر استاندارد) به‌طور گلوبال یا مجزا انجام و هزینه به‌طور مستقیم به خروجی مستندات خدمات وصل می‌شود و دیگر امکان انجام عملیات تشخیصی بیش از حد با سوق بیمار به پروسیجرهای نامناسب و پرهزینه درمانی وجود نخواهد داشت. مگر پزشک یا پرسنل هزینه اضافی و جریمه‌های غیرمادی آن را به‌پذیرند. از این رهگذر با ایجاد فضای امن هزینه‌ای و درمانی، بیماران به سادگی مورد سوءاستفاده مالی یا پزشکی قرار نمی‌گیرند.

بنابراین اعمال شیوه مناسب پرداخت، علاوه بر ایجاد مکانیسم انگیزشی برای تغییر رفتار و ارتقای سیستم، ابزاری برای کنترل هزینه‌های غیرضرور و عامل امنیت و رضایت بیمار در ابعاد جسمانی و اقتصادی نتیجه‌بخش خواهد بود.

---

1 - Diagnosis Related Group  
2 - Clinical Practice Guidelines  
3 - International Classification of Diseases (ICD)

### ضعف مدیریت دانش و اطلاعات سازمانی

یکی از مهم‌ترین مشکلات ریشه‌ای سیستم سلامت ایران، بهره‌مندی ناکافی از نظام یکپارچه اطلاعات مدیریت خدمات سلامت در سطوح سیاست‌گذاری و عملیاتی است. سیستم‌های یکپارچه اطلاعات مدیریت همه جزایر اطلاعاتی مربوط به حوزه‌های عملکرد یک سازمان را بطور منسجم و یکپارچه می‌بینند و امکان برنامه‌ریزی و پیش‌بینی آینده را برای یک سازمان میسر می‌سازند. گرچه تلاش‌های اخیر سازمان‌های ستادی توانسته اطلاعات هر بخش را به‌طور مجزا سامان دهد، ولی هم‌چنان مانعی برای ارتباط ارگانیک سامانه‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی وجود دارد. مثلاً کارگزینی اطلاعات پرسنلی را جداگانه، سیستم بودجه‌ریزی مبانی و اطلاعات بودجه‌ای را مجزا و حوزه حسابداری اسناد و عملیات خود را در یک جزیره جداگانه اطلاعاتی و مدیریت تجهیزات هم، داده‌های اطلاعاتی را با نرم‌افزار و چارچوب متفاوت نرم‌افزاری سامان داده است. حتی اگر همه این اتفاقات در پی تلاش‌های بخش‌های متفاوت برای ساماندهی اطلاعات (نه صرف عملیات اداری) روی داده باشد به‌دلیل از هم گسیختگی حلقه‌های اصلی اطلاعات، بستر لازم برای گزارش‌گیری مدیریتی و طراحی مداخلات چندمحوری و بین‌بخشی ایجاد نمی‌شود. مثلاً طراحی نظام واقعی بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد، نیاز به وجود یک روح حاکم مدیریتی بر همه ابعاد مدیریت اطلاعات سازمان دارد که معمولاً پدیدار نمی‌شود. این در حالی است که مدیریت دانش بیش از آن‌که به ساماندهی و مستندسازی داده‌ها و اطلاعات سازمانی بی‌اندیشد، به مستندسازی و تقویت دانش و مهارت افراد ماهر سازمان به عنوان گرانبهاترین سرمایه سازمان بها می‌دهد و برای این امر به طراحی انگیزش‌ها و روش‌های مدیریتی مثبت و ابزارهای مدیریت دانش<sup>۱</sup> در یک سازمان می‌پردازد تا سرمایه دانش سازمان اعم از اطلاعات سازمانی و دانش افراد خبره، بین کارکنان و مدیران به گردش درآید.

## غفلت از شنیدن صدای مشتری<sup>۱</sup>

اگر بیماری از روال انجام یک خدمت، زمان انتظار طولانی، سردرگمی در راهروهای بیمارستان و بیمه یا برخورد افراد در زمان بستری و پرداخت هزینه‌های اضافی یا غیرقانونی ناراضی باشد چگونه و از چه روال موثر قانونی می‌تواند منشا تغییرات سازنده در این خدمات گردد؟ به گونه‌ای که این مشکلات برای او یا سایر بیماران تکرار نگردد. به همین منوال اگر پزشکی از عدم دسترسی به منابع و مواد، ابزارهای تشخیصی یا درمانی ضروری برای بیمار و یا از بی‌مهری سازمان در جبران خدماتش و تامین مسیر ارتقای شغلی خود رنج ببرد، آیا مسیر و مجرای سازمانی موثری برای بهبود شرایط شغلی یا خدمت‌رسانی او وجود دارد؟ در بعضی از کشورها این گونه نقش‌ها به نهادهای غیردولتی پرسش‌گر و نظارت‌کننده سپرده شده و راهکارهای لازم برای اثربخشی این انتقادات یا خواسته‌ها، مکتوب و معمول گردیده، به‌طوری که ابراز نظریه مشتری نه تنها نظام‌مند و قانونی است بلکه مکانیسم‌های فعال نظرسنجی مستمر، تحلیل نظرات و پاسخ اصلاحی به آنها از طریق نهادهای ملی ناظر و سازمان مربوطه لازم الاجرا است. مثلاً هیأت ملی بهداشت و رفاه و هیأت ملی بیمه اجتماعی در سوئد، شورای منطقه‌ای در رومانی، شوراهای ایالتی و محلی در اکثر کشورهای اروپایی و شهرداری‌هایی که شهردار یا شورای شهرداری آنها مستقیماً از سوی مردم انتخاب شده‌اند به عنوان ناظر حسن ارائه خدمات به بیماران، شنونده صدای آنها بوده و عضو نهادهای کشوری سیاست‌گذار در امر سلامت هستند.

پیش‌بینی و طراحی مکانیزم‌های قانونی پایدار با فرایند کوتاه اما با قدرت تاثیرگذاری زیاد بر سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت کشور و سطوح ارائه‌کننده خدمات، حضور واقعی (نه صوری) نمایندگان بیماران در جمع تصمیم‌گیرندگان کلیدی در سطح شهرستانی، استانی و ملی، نظرسنجی فعال برای شنیدن صدای بیماران (مثلاً نظرسنجی در زمان ترخیص بیماران و ۱۰ روز بعد از آن) و کارکنان و اخذ پس‌خوراند تاثیرگذار آنها به منظور اصلاح فرایندها و امور اجرایی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت یک نیاز مبرم می‌باشد. در طراحی مدل‌های تعالی سازمانی که از ۷ تا ۱۱ معیار اصلی شکل گرفته و عمدتاً ۱۰۰۰ امتیازی هستند، معیار مشتری به عنوان یکی از



معیارهای اصلی، بیشترین امتیاز را نسبت به سایر معیارهای اصلی دارا می‌باشد. بنابراین توجه به خواسته‌ها و انتظارات مشتری آن‌قدر با اهمیت و با ارزش است که عدم توجه و وقت‌کشی بیشتر توجیه‌ای نخواهد داشت.

### بهره‌مندی ناکافی از ابزارهای علمی مدیریت و نقش دانش‌آموختگان این رشته برای حل مشکلات نظام سلامت

جهان امروز به اهمیت علم و هنر مدیریت به عنوان یکی از عوامل مهم در پیشرفت سازمان‌ها واقف شده است و کشورها و سازمان‌هایی که توانسته‌اند از یافته‌ها، ابزارها و دانش مدیریت برای کشف و حل مشکلات خود کمک بگیرند در عرصه صنعت، خدمات و تجارت موفق‌تر بوده‌اند.

بدیهی است مدیریت نظام سلامت و سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات با پیچیدگی‌ها و مسائل جدی سازمانی که امروزه متوجه این بخش گردیده، نیاز به جذب افراد با تخصص مدیریتی و سازمانی را احساس نمودند و با توجه به همین نیاز، افرادی در داخل و خارج کشور به کسب دانش آکادمیک آن پرداخته‌اند. اما متأسفانه بهره‌مندی سیستم سلامت از دانش و مهارت‌های علم مدیریت و اقتصاد سلامت علی‌رغم این همه تلاش آموزشی مورد غفلت جدی واقع شده است.

اگرچه پزشکان و خبرگان بالینی گنجینه دانش فنی این حیطه هستند اما مدیریت این سیستم‌های پیچیده به تلفیقی از دانش و مهارت‌های مدیریتی و بالینی نیاز دارد و این مهم، سال‌هاست که به حیطه تجربه جهان آزموده شده است. نقد برخی افراد نسبت به توانایی‌های مدیریتی تعدادی از دانش‌آموختگان این رشته البته متوجه کفایت شخصیتی و یا فردی و سطح تلاش گروه‌های آموزشی است و ناقض ضرورت جهانی به‌کارگیری دانش-آموختگان آکادمیک این رشته در مشاغل حساس و کمیته‌های مطالعاتی و تصمیم‌گیری نظام سلامت نیست. البته ممکن است پزشکان هوشمند بتوانند با مطالعه موردی یا شرکت در نشست‌ها با برخی از مفاهیم و ابزارهای نوین مدیریت آشنا شوند و منشا اصلاحات مفید در سازمان خود گردند ولی به‌هرحال تحصیل آکادمیک پیرامون یک موضوع، دید همه‌جانبه و ریشه‌ای در افراد کوشا و علاقمند ایجاد می‌کند و سطح متفاوتی از دانش را به-

دست می‌دهد که این امر در سایر رشته‌ها هم محسوس است (تفاوت دندانپزشک تجربی با یک دندانپزشک دانشگاهی). مطالعات در حوزه سلامت ایران نشان می‌دهد که بسیاری از مدیران با مدرک تحصیلی پزشکی و پیراپزشکی خیلی از دوره‌های مدیریتی که برای بهبود عملکرد سازمانی (افزایش کارایی و اثربخشی) موثر است را نگذرانده و در این زمینه آموزش ندیده‌اند.

توجه جدی به آموزش مدیریت و اقتصاد سلامت در دانشگاه‌های کشور، آموزش‌های شغلی مدیران، طراحی مکانیزم‌های رسمی برای حضور خبرگان مدیریت و اقتصاد سلامت در کنار متخصصین بالینی در مجامع تصمیم‌گیری و مدیریت کلان، تصویب اولویت ویژه به دانش‌آموختگان این رشته‌ها برای پست‌های مدیریتی میانی و ارشد، همکاری علمی آنها با گروه‌های مطالعات کاربردی در کلیه سازمان‌های مرتبط با سلامت جامعه ایران و تصویب حداقل ۳ واحد آموزشی مشترک با هدف آشنایی دانشجویان با کاربرد مفاهیم و ابزارهای مدیریت سلامت برای مقطع ارشد و دکترای کلیه رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی گامی موثر برای حذف خلأ موجود نظام سلامت کشور خواهد بود.

### ضعف اجرایی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی علی‌رغم برداشتن گام‌های مثبت برای تقویت نظام سطح‌بندی خدمات، افزایش دسترسی مردم به پزشک، خدمات دارویی و تشخیصی، افزایش رضایت مردم، اعلام رضایت اعضای نهادهای محلی و تقویت و توسعه مشارکت جامعه، مشکلات و نارسایی‌های زیادی را به شرح زیر در پی داشته که اگر در اصلاح سیاست‌گذاری‌های گذشته به آن توجه نگردد شاید ادامه اجرای برنامه را با مشکلات جدی مواجه نماید:

۱- ناراضی بودن پزشکان خانواده از مزایای مالی و امکانات مورد نیاز تقریباً در همه مطالعات داخل کشور گزارش شده است. دریافتی ناکافی پزشکان باعث می‌شود ریزش پزشکان افزایش یابد و کمبود پزشک را حادتر نماید. کمبود پزشک خود باعث افزایش جمعیت تحت پوشش پزشکان موجود شده و این موضوع می‌تواند ارائه خدمات پیشگیری را تهدید نماید.

۲- از آنجائی که یکی از اهداف مهم برنامه پزشک خانواده اصلاح نظام ارجاع می‌باشد، خوشبختانه با تلاش‌های مستمر شبکه و مرکز بهداشت شهرستان‌ها، تعدادی از چالش‌های مهم آن در سطح اول از قبیل درصد بالای ارجاع و درخواست خودارجاعی بیماران تا حدودی کاهش یافته است ولی در سطح ۲ و ۳ نظام شبکه، کمیت و کیفیت ارسال پاسخ‌وراند ارجاع همواره در سطح نامطلوب باقی مانده است

۳- موفقیت برنامه‌های بزرگ و ملی نظام سلامت بدون مشارکت جامعه و مصرف‌کنندگان معمولاً پرهزینه و بعضاً دست‌نیافتنی است. بنابراین فرهنگ‌سازی جامعه قبل و حین اجرای برنامه ضرورتی غیرقابل اجتناب خواهد بود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که آشنایی مردم و افراد با نفوذ محلی از ضوابط و اهداف برنامه پزشک خانواده ناکافی است و سهم رسانه ملی و استانی در فرهنگ‌سازی جامعه ناچیز می‌باشد.

۴- یکی از اهدافی که در طول ۷ سال اجرای برنامه همواره کم‌رنگ باقی مانده، ویزیت پایه افراد می‌باشد که با این تعداد جمعیت و شیوه غیرمکانیزه (کاغذی)، امید چندانی برای اصلاح و ارتقاء آن به وجود نمی‌آید. بنابراین الکترونیکی شدن پرونده سلامت و اقدامات اساسی برای کاربردی‌تر کردن سامانه و افزایش سرعت اینترنت در سطح ملی، ضرورتی غیرقابل اجتناب خواهد بود.

۵- اجرای برنامه پزشک خانواده با همان منابع انسانی و فیزیکی قبلی، کمبودهای منابع و امکانات مراکز بهداشتی درمانی را ملموس‌تر نموده است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد درصد زیادی از پزشکان هنوز در اتاق (مطب) مشترک کار می‌کنند و درصد قابل ملاحظه‌ای از پزشکان از تجهیزات پزشکی و اداری مورد نیاز برخوردار نمی‌باشند. بعضی از مدیران و کارشناسان، پایین بودن سطح عملکرد پزشکان در خصوص جراحی‌های محدود، سونداژ معده، احیای قلبی تنفسی، تهیه و تفسیر نوار قلب و سایر موارد مشابه را به کمبود تجهیزات پزشکی مربوط می‌دانند.

۶- یکی از موارد ناراضی اعضای تیم سلامت از کارکردهای پزشکان خانواده مربوط به عملکرد مدیریتی آنان بوده است که دلیل آن می‌تواند به خاطر عدم آموزش واحدهای مدیریتی در طول هفت سال تحصیل دانشگاهی و یا ناکافی بودن آموزش تئوری و عملی در طول مدت خدمت باشد.

## منابع

- ۱- باقری لنکرانی کامران، درآمدی بر عدالت در نظام سلامت، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، ۱۳۸۹.
- ۲- جهانی محمدعلی، نصیری‌پور امیراشکان، نقشیه علی، یمین فیروز موسی، جهانی شدن خدمات بیمارستانی، بابل، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل، ۱۳۹۱.
- ۳- چمن رضا، امیری محمد، راعی مهدی، علی نژاد محمد، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، اجرای طرح ملی پزشک خانواده در شهرستان شاهرود: وضعیت مراکز مجری و کیفیت اجرا، مجله پژوهشی حکیم، دوره چهاردهم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۰، ص ۱۲۹-۱۲۳.
- ۴- دمازی بهزاد، وثوق‌مقدم عباس، منظم کامبیز، سالاریان‌زاده حسین، کجا و چگونه برای سلامت، سیاست خردمندانه طراحی کنیم؟: ویژگی‌های سامانه سیاست‌گذاری سلامت در جمهوری اسلامی ایران، مجله پژوهشی حکیم، زمستان ۸۹، دوره سیزدهم، شماره چهارم: ص ۲۱۰ تا ۲۱۸.
- ۵- رشیدیان آرش، خسروی اردشیر، خیرنی نعمتی رقیه، خدایاری معز الهام، الهی الهام، عرب محمد، ردایی سیما، سیمای سلامت و جمعیت در ایران سال ۱۳۸۹: بررسی شاخص‌های چنگانه سلامت و جمعیت، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آبان ۱۳۸۹.
- ۶- سیاری علی‌اکبر، مفتون محمدعلی، عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در آینه قضاوت، اداره کل روابط عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران: موسسه فرهنگی انتشاراتی آیه، ۱۳۸۱.
- ۷- طریقت منفرد محمدحسن، اخوان بهبهانی علی، حسن‌زاده علی، اصول و مبانی سیاست ملی سلامت، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۷.
- ۸- مطلق محمداسماعیل، شریعتی محمد، ملکی محمدرضا، توفیقی شهرام، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، حاجی سیدعزیزی پری، ارزیابی عملکرد حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران بر اساس مدل جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران و مدل EFQM، بابل: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل، ۱۳۸۹.

۹- مطلق محمداسماعیل، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، ملکی محمدرضا، جعفری ناهید، توفیقی شهرام، کبیر محمدجواد، نیازسنجی آموزش مدیریتی مدیران و کارشناسان مسئول حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، دوره یازدهم، شماره پنجم، آذر ۱۳۹۰، ص ۵۲۵-۵۱۶.

۱۰- مطلق محمداسماعیل، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، ملکی محمدرضا، توفیقی شهرام، کبیر محمدجواد، جعفری ناهید، بررسی سطح آموزش مدیریتی و عمومی مدیران و کارشناسان مسئول حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۹، مجله گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، دوره هشتم، شماره دوم، مهر ماه ۱۳۹۰، ص ۱۵۸-۱۵۱.

۱۱- مطلق محمداسماعیل، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، ملکی محمدرضا، توفیقی شهرام، کبیر محمدجواد، جعفری ناهید، بهره‌مندی مدیران و کارشناسان مسئول حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از فن‌آوری اطلاعاتی، مجله مدیریت اطلاعات سلامت، دوره نهم، شماره دوم، خرداد و تیر ماه ۱۳۹۱، ص ۹-۱.

۱۲- مطلق محمداسماعیل، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، اشرفیان امیری حسن، کبیر محمدجواد، شبستانی منفرد علی، نحوی جوی آذین، رضایت پزشکان خانواده از عوامل موثر بر پویاسازی طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان دوره نوزدهم، شماره ۷۶، زمستان ۱۳۸۹، ص ۴۸-۵۵.

۱۳- مطلق محمداسماعیل، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، اشرفیان امیری حسن، کبیر محمدجواد، شبستانی منفرد علی، موعودی سیمین، نحوی جوی آذین، رضایت اعضای تیم سلامت از کارکرد پزشکان خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران، مجله پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه دوره نهم، شماره سوم، مرداد و شهریور ۱۳۹۰، ص ۱۸۷-۱۸۰.

۱۴- مطلق محمداسماعیل، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، اشرفیان امیری حسن، کبیر محمدجواد، شبستانی منفرد علی، نحوی جوی آذین، موعودی سیمین، آشنایی بیمه شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران: ۱۳۸۷، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی دوره دوم، شماره ۲ و ۳، تابستان و پاییز ۱۳۸۹، ص ۳۸-۳۳.

۱۵- ملکی محمدرضا، مطلق محمداسماعیل، توفیقی شهرام، جعفری ناهید، کبیر محمدجواد، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، نتایج طرح کشوری بررسی زیرساخت‌های مدیریتی و سازمانی بهبود و توسعه عملکرد درحوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم کشور به منظور امکان‌سنجی جهت پیاده‌سازی مدل تعالی سازمانی، ساری: معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ویژه‌نامه اولین کارگاه کشوری آشنایی مدیران معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی با مدل تعالی سازمانی و خودارزیابی، ۹-۷ تیرماه ۱۳۸۹،

۱۶- ملکی محمدرضا، مطلق محمداسماعیل، توفیقی شهرام، جعفری ناهید، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، کبیر محمدجواد، مدل‌های جامع ارزیابی عملکرد و تعالی سازمانی، بابل: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل، ۱۳۸۹.

۱۷- ملکی محمدرضا، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، مطلق محمداسماعیل، توفیقی شهرام، کبیر محمدجواد، جعفری ناهید، ضرورت بازنگری شیوه‌های رایج ارزیابی عملکرد حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با مدل‌های تعالی سازمانی، مجله پژوهشی حکیم، دوره‌ی چهاردهم، شماره‌ی اول، بهار ۱۳۹۰، ص ۵۶-۵۰.

۱۸- ملکی محمدرضا، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، مطلق محمداسماعیل، توفیقی شهرام، کبیر محمدجواد، جعفری ناهید، سوابق بهینه‌کاوی مدیران و کارشناسان مسئول حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۶، مجله مدیریت سلامت، دوره‌ی چهاردهم، شماره‌ی ۴۵، پاییز ۱۳۹۰، ص ۳۴-۲۷.

۱۹- نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، رئیسی پوران، مطلق محمداسماعیل، کبیر محمدجواد، اشرفیان امیری حسن، ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی ایران: ۱۳۸۷، مجله پژوهشی حکیم، دوره‌ی سیزدهم، شماره‌ی اول، بهار ۱۳۸۹، ص ۲۵-۱۹.

۲۰- نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، اشرفیان امیری حسن، مطلق محمداسماعیل، کبیر محمدجواد، تورانی سوگند، شبستانی منفرد علی، نحوی جوی آذین، رضایت گیرندگان خدمت از مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران: ۱۳۸۷، مجله پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره‌ی سوم، شماره‌ی چهارم، تابستان ۱۳۸۸، ص ۱۰-۱.

- ۲۱- نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، رئیسی پوران، مطلق محمداسماعیل، کبیر محمدجواد، اشرفیان امیری حسن، رضایت گیرندگان خدمت از مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی ایران: ۱۳۸۷، مجله همای سلامت، شماره ۳۹، خرداد- تیر ۱۳۹۰، ص ۴۶-۴۱.
- ۲۲- نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، اشرفیان امیری حسن، مطلق محمداسماعیل، کبیر محمدجواد، ملکی محمدرضا، شبستانی منفرد علی، علی‌زاده رضا، ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه- های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران: ۱۳۸۷، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل دوره یازدهم، شماره ی ششم، بهمن- اسفند ۱۳۸۸، ص ۵۲-۴۶.
- ۲۳- نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، شبستانی منفرد علی، ملک‌زاده کبریا رحیم، مدیریت خرید، راه اندازی و نگهداشت تجهیزات پزشکی، چالش بزرگ سازمان‌های بهداشتی درمانی، ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری مامایی، خلاصه مقالات همایش سراسری راهکارهای ارتقای سلامت و چالش‌ها، ۲۷-۲۹ آذرماه ۱۳۸۶.
- ۲۴- نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، اشرفیان امیری حسن، بررسی میزان پوشش و استقرار برنامه پزشک خانواده شهری و رعایت ضوابط مرتبط در شهرستان بابل، بابل: معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل، تیرماه ۱۳۹۲، گزارش نهایی طرح.
- ۲۵- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نقشه تحول نظام سلامت مبتنی بر الگوی اسلامی- ایرانی پیشرفت، تهران: دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری، اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۱.
- ۲۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تهران، شورای سیاست‌گذاری، دی ماه ۱۳۸۸.
- ۲۷- وبسایت شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (<http://siasat.behdasht.gov.ir>)
- ۲۸- وبسایت مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت (<http://health-policy.blogfa.com>)

29- Nasrollahpour Shirvani SD, Maleki MR, Motlagh ME, Kavosi Z, Tofighi S, Gohari MR. Self assessment of Iran Universities of Medical Sciences based on European Foundation for Quality Management (EFQM) and Iran excellence model. World Applied Sciences Journal 2011, 15 (10): 1391-1397

- 30- Nasrollahpour Shirvani SD, Maleki MR, Motlagh ME, Kavosi Z, Tofighi S, Gohari MR. Benchmarking records in the health departments of the Universities of Medical Sciences of Iran in the years 2008 - 2010. Research Journal of Medical Sciences 2011, 5(3): 161-165.
- 31- Motlagh M, Nasrollahpour Shirvani D, Maleki M, Salmani Nodoushan I, Dehnavieh R, Noori Hekmat S. Need assessment about managerial education in managers and chief experts of Health Vice-Chancellery of Medical Sciences Universities in Iran. JHR. 2013; 1 (3) :166-175.



**واژه‌نامه**  
**و**  
**تعریف واژه‌ها**



واژه	معنی و تعریف
Actors	<b>عملگرها:</b> عبارتند از افراد حقیقی، گروه‌ها و سازمان‌هایی که در سطح بین‌المللی، ملی و منطقه‌ای در سیاست گذاری تاثیر می‌گذارند.
Adverse Selection	<b>انتخاب معکوس:</b> این فرایند زمانی اتفاق می‌افتد که افراد دارای خسارت‌های قابل انتظار مختلف، حق بیمه یکسانی پرداخت می‌کنند. در این حالت، کسانی که خسارت قابل انتظار کمتری دارند، از صندوق بیمه بیرون می‌آیند و فقط آن‌هایی باقی می‌مانند که خسارت قابل انتظار بالایی دارند. به عبارت دیگر احتمال بیشتری وجود دارد که افرادی که هزینه‌های صرف شده بالاتری دارند، به خرید بیمه مبادرت ورزند و یا بسته‌های گسترده‌تری از بیمه را تهیه کنند ولی آن‌هایی که هزینه خرید خدمات سلامت ندارند و یا هزینه‌های صرف شده آن‌ها کم می‌باشد، از خرید بیمه اجتناب می‌نمایند. انتخاب معکوس، پایداری مالی بازارهای بیمه خصوصی را با مشکل مواجه می‌سازد.
Allocative Policies	<b>سیاست‌های تخصیصی:</b> سیاست‌هایی هستند که جهت ایجاد منافع خالص، برای گروه‌های مشخصی از افراد یا سازمان‌ها طراحی شده‌اند تا اطمینان حاصل شود که اهداف عمومی دولت/ حکومت، حاصل شده است. مانند انواع یارانه‌ها
Alternative Medicine	<b>طب جایگزین:</b> مجموعه روش‌های درمانی تجربه شده، نظیر طب سوزنی، گیاه درمانی، استفاده از داروهای گیاهی، حجامت، ماساژ درمانی، کایروپراکتیک، تغذیه، رفلکسولوژی، هومیوپاتی، یوگا، تای چی و ... را طب جایگزین یا مکمل می‌گویند.
Appropriate Technology	<b>فن آوری مناسب:</b> راه و رسم‌ها، فن‌ها و تجهیزاتی که ارزش علمی دارند، با نیازهای محلی سازگارند، توسط کسانی که آن‌ها را بکار می‌گیرند و مردمی که این فن آوری برای آن‌ها به کار برده می‌شود پذیرفته‌اند و در نهایت امکان تامین منابع برای خرید، به کارگیری و نگهداشت آن‌ها وجود دارد.
Balanced Score Card	<b>کارت امتیازدهی متوازن:</b> ابزاری است با چهار دسته شاخص‌های استراتژیک

	شامل: ۱- دیدگاه مشتری ۲- دیدگاه فرایندهای داخلی ۳- دیدگاه خلاقیت و نوآوری و ۴- دیدگاه مالی، که به منظور سنجش عملکرد و میزان رشد و تعالی سازمان‌ها به کار می‌رود.
Capitation	<b>سرانه:</b> در این روش به ازای تعداد افراد تحت پوشش، سرانه پرداخت می‌شود. مثلاً به ازای هر نفر تحت پوشش پزشک خانواده به وی مبلغ ثابتی پرداخت می‌گردد. در قبال این پرداخت وی موظف به ارائه خدمات پیشگیری - درمانی و توانبخشی بر اساس بسته خدمتی مورد توافق است و چون معمولاً هزینه‌های درمان برای خود ارائه کننده خدمت نیز بالاتر است توجه وی به پیشگیری نیز بیشتر خواهد بود.
Catastrophic Health Expenditure	<b>هزینه‌های اسف‌بار و کمرشکن:</b> وقتی به کار می‌رود که در زمان بیماری یکی از اعضای خانواده، سرپرست خانوار یا خود فرد بیمار برای تامین مخارج سلامتی که باید از جیب پرداخت نمایند، به علت نداشتن بضاعت مالی مجبور به فروش کالای بادوام مثل مسکن، زمین، لوازم منزل و یا متحمل قروض می‌شود به اندازه‌ای که به زیر خط فقر سقوط می‌کند.
Clinical Effectiveness	<b>اثربخشی بالینی:</b> استفاده از بهترین دانش، برگرفته از پژوهش، تجربه بالینی و ترجیحات بیمار برای دستیابی به فرآیندها و نتایج مطلوب مراقبت از بیماران.
Clinical Governance	<b>حاکمیت بالینی:</b> چارچوبی است که در آن سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بالینی در قبال بهبود دایمی کیفیت، پاسخ‌گو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند.
Community Oriented Medical Education	<b>آموزش پزشکی جامعه‌نگر:</b> یک رویکرد آموزشی است که در آن ویژگی‌های مهمی از قبیل: ایجاد پیوند میان آموزش پزشکی و محیط آتی اشتغال، تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای واقعی جامعه، ایجاد رابطه متقابل میان آموزش پزشکی و نظام سلامت، آموزش نحوه مراقبت از بیماری‌های مزمن و شایع منطقه و یادگیری علوم رفتاری مورد تاکید قرار می‌گیرد.

Context	<b>بافت:</b> عبارت است از عوامل سیستمیک (اعم از عوامل سیاسی، اقتصادی و اجتماعی) چه در سطح ملی و چه در سطح بین‌المللی که بر روی سیاست‌های بخش سلامت تاثیر می‌گذارند.
Cream Skimming	<b>خامه‌گیری:</b> فرایندی که طی آن، بیمه‌گر تلاش می‌کند مطلوب‌ترین افرادی را انتخاب نماید که خسارات قابل انتظار آنان، کمتر از حق بیمه‌های پرداخت شده (پرداخت سرانه) آنها باشد تا میزان سود حاصله افزایش یابد. این فرایند باعث می‌شود که خرید بیمه خصوصی برای کسانی که خسارت قابل انتظار بالایی دارند، مشکل و حتی غیرممکن شود.
Diagnosis Related Groups (DRG)	<b>گروه‌های وابسته تشخیصی:</b> یکی از روش‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است که به ازاء هر بیمار بر اساس تشخیص (بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها) و بسته خدمتی که برای آن تشخیص تعریف شده صرف نظر از مدت اقامت و یا تنوع خدمات دریافتی، هزینه ثابتی به ارائه‌کنندگان خدمات پرداخت می‌گردد.
Efficiency	<b>کارایی:</b> نسبت درون‌داد به ستانده که معمولاً سه حالت مختلف را نشان می‌دهد. اگر بالاتر از یک باشد نشان‌دهنده کسب سود می‌باشد، اگر مساوی با یک باشد، نشان‌دهنده این است که سازمان یا موسسه در نقطه سر به سر قرار دارد و یا نه ضرر کرده و نه سودی به دست آورده ولی اگر کوچک‌تر از یک بود نشان می‌دهد که سازمان ضرر نموده است. کارایی با برداشت فوق عمدتاً در خدمات پشتیبانی نظام سلامت کاربرد دارد. به عبارتی بهتر است در ارزشیابی خدمات بالینی به جای کارایی از واژه اثربخشی استفاده شود.
Evaluation	<b>ارزشیابی:</b> میزان عملکرد یا نتایج واقعی را در مقایسه با اهداف پیش‌بینی شده و نتایج مورد انتظار نشان می‌دهد. ارزشیابی زمانی انجام می‌گیرد که کل کار یا قسمت مشخصی از آن به اتمام رسیده باشد.

<b>Evidence</b>	<b>شواهد:</b> نتایج تحقیقات نظام‌مند و همه‌جانبه جهت افزایش دانش است.
<b>Evidence – Based Policymaking</b>	<b>سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد:</b> رویکردی است که به افراد کمک می‌کند در تصمیم‌گیری خود، با اطلاعات بیشتری اقدام نمایند و از بهترین شواهدی که در دسترس می‌باشد، در جهت استقرار، اجرا و توسعه سیاست‌ها استفاده نمایند.
<b>Evidence Pyramide</b>	<b>هرم شواهد:</b> در بهره‌گیری از نتایج مطالعات مختلف (به عنوان شواهد) باید سطح شواهد را در نظر داشته باشیم. در این زمینه هرم شواهد کمک‌کننده است. هرچه از قاعده هرم، به قله هرم نزدیک می‌شویم، کیفیت شواهد افزایش می‌یابد.
<b>Evidence-Based Medicine</b>	<b>طب مبتنی بر شواهد:</b> استفاده از بهترین شواهد علمی (محکم و متقن) موجود برای هدایت تصمیم‌گیری‌های بالینی. بنابراین طب مبتنی بر شواهد فرایندی است برای جستجو، انتخاب، ارزیابی نقادانه و کاربرد اطلاعات یا شواهد علمی برای ارائه مراقبت‌ها.
<b>Fee For Service (FFS)</b>	<b>پرداخت برای خدمت (کارانه):</b> پرداخت به ازای ارائه خدمت در ایران به کارانه مشهور شده است. در این روش هر چقدر تعداد انجام یک خدمت بیشتر باشد، پرداخت بیشتری انجام خواهد شد. از مزایای این روش، تشویق انجام خدمات با تعرفه مناسب است اما تأکید بیش از حد بر این روش معایبی از قبیل: کم‌رنگ شدن توجه به پیشگیری، تمایل به سمت ارائه خدمات گران‌تر، ایجاد تقاضای القایی، افزایش فاصله دسترسی در بین اقشار مختلف مردم و تمایل به افزایش تعرفه‌ها وجود دارد.
<b>Fragmented Risk Pool</b>	<b>تجمیع ریسک پراکنده:</b> در برخی کشورها خرید خدمات سلامت به وسیله سازمان‌های کوچک‌تری انجام می‌شود که در آن، افراد براساس موقعیت جغرافیایی، نوع اشتغال، ویژگی‌های فردی، وضعیت سلامتی یا به انتخاب خود، وارد هر کدام از واحدهای تجمیع ریسک می‌شوند.
<b>Governance</b>	<b>حاکمیت:</b> تنظیم استانداردها، پایش و ارزشیابی عملکرد در چارچوب استانداردها و

	استفاده از ابزار تشویق و تنبیه بر اساس نتیجه پایش و ارزشیابی را حاکمیت گویند.
<b>Gross Domestic Production (GDP)</b>	<b>تولید ناخالص داخلی:</b> یکی از مقیاس‌های اندازه‌گیری در اقتصاد و در برگیرنده ارزش مجموع کالاها و خدماتی است که طی یک دوره معین، معمولاً یک سال، در یک کشور تولید می‌شود.
<b>Health Technology Assessment</b>	<b>ارزیابی فن‌آوری سلامت:</b> بررسی عمیق از ورود هر فن‌آوری و یا روش‌های جدید درمانی از نظر کارآمدی، هزینه اثربخشی و تأثیر ورود آن خدمت در کل نظام سلامت. برای ارزیابی فن‌آوری سلامت، تجزیه و تحلیل کارآیی بالینی، تجزیه و تحلیل اقتصادی و تجزیه و تحلیل تأثیرات آن فن‌آوری در نظام سلامت هر سه ضروری هستند.
<b>Indicator</b>	<b>شاخص:</b> متغیر کمی یا کیفی است که مقادیر ساده و قابل اطمینان برای ارزیابی دست یافتن به تغییرات مرتبط با یک مداخله را به دست می‌دهد یا کمک می‌نماید که عملکرد را ارزیابی و تحلیل و تفسیر نمائیم.
<b>International Classification of Diseases (ICD)</b>	<b>طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها:</b> مرتب کردن بیماری‌ها بر اساس خواص مشترک می‌باشد. طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها بر اساس مشکلات تندرستی مرتبط، توسط سازمان جهانی بهداشت تدوین و به‌طور دوره‌ای بازنگری می‌گردد. در حال حاضر دهمین نسخه تحت نام ICD10 در سراسر جهان مورد استفاده نظام سلامت خصوصاً بیمارستان‌ها و مراکز تشخیصی و درمانی قرار می‌گیرد.
<b>Inverse care</b>	<b>مراقبت معکوس:</b> در اغلب نظام‌های سلامت کسانی که به بیشترین خدمات نیاز دارند، به علت عدم دسترسی فیزیکی، عدم دسترسی مالی، عدم آگاهی، تبعیض جنسیتی، عوامل فرهنگی و مذهبی و ...، کمترین خدمات (حتی خدمات پیشگیری که عمدتاً رایگان هستند) را دریافت می‌کنند.
<b>Judicial Decisions</b>	<b>تصمیمات مبتنی بر قضاوت:</b> سیاست‌هایی که بر مبنای تصمیمات اتخاذ شده در سیستم قضایی، به وجود می‌آیند...

Knowledge Management	<b>مدیریت دانش:</b> به مجموعه فرایندهایی اطلاق می‌شود که در نتیجه آنها دانش، کسب، نگهداری و استفاده می‌شود و هدف از آن بهره‌برداری از دارایی‌های فکری به منظور افزایش بهره‌وری، ایجاد ارزش‌های جدید و بالا بردن قابلیت رقابت‌پذیری است.
Laws	<b>قوانین:</b> قواعدی که به‌طور رسمی توسط سازمان‌های مرتبط با قانون‌گذاری یا روسای کنترل‌کننده جامعه، تدوین شده‌اند.
Macro Policies	<b>سیاست‌های کلان:</b> سیاست‌های کلی و گسترده‌ای هستند که تعقیب سلامت در یک جامعه را از طریق راه‌های اساسی و زیربنایی، شکل می‌دهند.
Mission	<b>ماموریت یا رسالت:</b> بیانگر علت و فلسفه وجودی سازمان است و جایگاه سازمان را از این جهت که فعلاً به چه کاری اشتغال دارد نشان می‌دهد. در بیانیه ماموریت، سازمان به شناسایی وضع موجود، ذینفعان و وضعیت کسب و کار خود می‌پردازد.
Monitoring	<b>پایش:</b> فرایندی است که اعلام می‌نماید آیا فعالیت‌ها مطابق برنامه پیش‌بینی شده، انجام می‌گیرند یا خیر. در فرایند پایش، برنامه‌های در حال اجرا مورد کنترل قرار می‌گیرند.
National Health Policy	<b>سیاست ملی سلامت:</b> مجموعه تصمیم‌هایی است که به قصد رسیدن به هدف‌های نهایی معین به اجرا گذارده می‌شود و منظور آن بهبود بخشیدن به موقعیت بهداشتی (ارتقای سطح سلامت، منابع تخصیص یافته به بخش سلامت، سطح سواد سلامتی مردم و راه‌های اعتلای آن) کشور است.
NHS (National Health System)	<b>نظام ملی سلامت:</b> نظامی از ارایه‌کنندگان خدمات سلامت با یکپارچگی و ادغام عمودی تحت مالکیت عمومی که تامین مالی آن معمولاً از طریق درآمدهای مالیات عمومی صورت می‌گیرد (مثل کشور انگلستان و نیوزلند).
No Risk	<b>عدم تجمع ریسک:</b> رهیافتی از تامین مالی نظام سلامت است که در آن هر فردی



<b>Pooling</b>	مسئول تامین هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های سلامتی خود بوده و هیچ گونه یارانه‌ای برای حمایت از افشار آسیب پذیر تخصیص نمی‌یابد.
<b>Operational Decisions</b>	<b>تصمیمات اجرایی:</b> تصمیماتی که جهت پیگیری اجرای قوانین اتخاذ می‌شوند شامل تدوین پروتکل‌ها و شیوه‌نامه‌های اجرایی
<b>Organizational Excellence</b>	<b>تعالی سازمانی:</b> دستیابی سازمان به رضایت هم‌زمان کلیه ذی‌نفعان (مشتریان، کارکنان، جامعه و شرکا) و به تبع آن افزایش احتمال بقا و موفقیت‌های طولانی مدت سازمان
<b>Organizational Excellence Model</b>	<b>مدل تعالی سازمانی:</b> عبارت است از یک قالب یا یک چارچوب که از طرف شخص، گروه، موسسه، کشور، سازمان محلی یا بین‌المللی برای ارزیابی، مقایسه، انتخاب و ارتقای عملکرد سازمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد.
<b>Out of Pocket Payment</b>	<b>پرداخت مستقیم از جیب:</b> رهیافتی از تامین مالی نظام سلامت است که در آن مردم یا بیماران در مراجعه به واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت، کل هزینه یا بخشی از هزینه خدمات دریافت شده را نقداً از جیب خود پرداخت می‌کنند.
<b>Patient Satisfaction</b>	<b>رضایت بیمار:</b> رضایت بیمار یک صفت چندبعدی و متأثر از عوامل فردی و زمینه‌ای (مانند وضعیت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و مذهبی) افراد است. در نظام سلامت رضایت بیمار تحت تاثیر عواملی مثل جنبه انسانی برخورد پزشک و سایر کارکنان، کمیت و کیفیت انتقال اطلاعات، کیفیت کلی خدمات، جنبه‌های فنی و علمی خدمات، بروکراسی واحد ارائه دهنده، دسترسی به واحد ارائه‌دهنده، هزینه‌ها، امکانات جانبی، تداوم مراقبت‌ها و پیامدها قرار می‌گیرد.
<b>Per Case</b>	<b>پرداخت به ازای بیمار:</b> در این روش به ازای هر بیمار بستری در بیمارستان صرف نظر از مدت اقامت و یا تنوع خدمات دریافتی، هزینه ثابتی به ارائه کنندگان خدمات پرداخت می‌گردد. شکلی از گروه‌های وابسته تشخیصی است.

Performance Based Budgeting	<p><b>بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد:</b> مهم‌ترین عامل نظام بودجه‌ریزی بر مبنای عملکرد "برنامه" است. برنامه، مجموعه‌ای از فعالیت‌ها یا پروژه‌ها (طرح‌ها)، تحت نظارت دستگاه یا واحد اجرایی خاص است که با استفاده از منابع موجود به دستیابی روش‌ها و هدف‌ها کمک می‌کنند. بنابراین تعیین اهداف و مقاصد، برآورد هزینه برنامه‌ها برای تحقق اهداف و تعیین شاخص‌های کمی برای سنجش عملکرد هر برنامه، سه مرحله اصلی از فرایند بودجه‌ریزی بر مبنای عملکرد را تشکیل می‌دهد.</p>
Policy	<p><b>سیاست:</b> گاهی به معنی رویه یا خط مشی است که جهت‌گیری‌های بلندمدت و میان‌مدت یک سازمان را مشخص می‌نماید. به عبارت دیگر برنامه‌هایی است که در سطح کلان در سازمان‌ها مطرح بوده و در هر سطح معنی خاص خود را دارد. مثلاً، در سطح وزارت بهداشت سیاست تشویق بخش خصوصی، در سطح شهرستان‌ها سیاست تشویق مراقبت‌های پیشگیرانه و در سطح فنی، مواردی مانند برنامه‌های واکسیناسیون را در بر می‌گیرد. باید توجه داشت که سیاست‌ها در خلأ به وجود نمی‌آیند و اغلب نتیجه تحلیل‌هایی هستند که با قضاوت‌های ارزشی آمیخته می‌شوند.</p>
Policy Brief	<p><b>خلاصه سیاستی:</b> فراهم ساختن یک مرور دقیق و شفاف از مشکل، بحث در خصوص گزینه‌های علمی که احتمال دارد مشکل را مرتفع سازد و در پایان پیشنهادات جهت استقرار یک یا طیفی از چند گزینه سیاستی به همراه هزینه‌های اجرایی آن‌ها می‌باشد.</p>
Policy Cycle	<p><b>چرخه سیاست‌گذاری:</b> شامل مراحل است که جهت سیاست‌گذاری باید مورد توجه قرار گیرند، در این کتاب به شش مرحله اشاره شده است که عبارتند از: بیان مساله، تشخیص علل پدید آمدن مساله، تدوین سیاست، تصمیم‌گیری سیاسی، اجرا و ارزشیابی</p>
Policy Elites	<p><b>خبرگان سیاست:</b> گروه خاصی از سیاست‌گذاران هستند که جایگاه بالایی در یک سازمان دارند و اغلب ارتباط ویژه‌ای به منظور جلب مشارکت ذی‌نفعان با اعضای</p>

	مهم سازمان‌های دیگر برقرار می‌کنند.
<b>Policy Makers</b>	<b>سیاست‌گذاران:</b> افرادی هستند که سیاست‌ها را در سطح سازمان‌ها تدوین و به تصویب یا تأیید می‌رسانند.
<b>Policy Process</b>	<b>فرایند سیاست‌گذاری:</b> مجموعه اقداماتی است که از طریق آن، سیاست‌ها مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرند، تدوین و تصویب می‌گردند، اجرا می‌شوند و در نهایت مورد ارزشیابی قرار می‌گیرند.
<b>Pooling of Funds</b>	<b>تجمع منابع:</b> تجمع درآمدها در یک صندوق نظیر خزانه، صندوق تامین اجتماعی یا صندوق بیمه خصوصی را انباشت یا تجمع منابع یا ریسک گویند.
<b>Private Policy</b>	<b>سیاست‌های خصوصی:</b> شامل سیاست‌هایی هستند که توسط سازمان‌های خصوصی تدوین و اجرا می‌گردند مانند سیاست‌های یک شرکت خصوصی
<b>Public Policy</b>	<b>سیاست‌های عمومی:</b> سیاست‌هایی هستند که توسط سطوح رسمی و حاکمیتی، تدوین و اجرا می‌شوند مانند سیاست‌های دولت
<b>Purchasing</b>	<b>خرید خدمت:</b> سازوکاری است که از طریق آن، پولی که در صندوق‌های بیمه‌ای جمع شده، از صندوق خارج و به ارائه دهنده خدمت داده می‌شود.
<b>Regulatory Policy</b>	<b>سیاست‌های تنظیمی:</b> سیاست‌هایی هستند که جهت تاثیرگذاری بر فعالیت‌ها، رفتارها و تصمیمات دیگران، اتخاذ می‌شوند تا اطمینان حاصل شود که اهداف عمومی دولت / حکومت، حاصل شده است.
<b>Resource Generation</b>	<b>تولید منابع:</b> فرآیندی است که طی آن نظام مراقبت سلامت پول را از منابع عمومی دولت (مالیات)، شهروندان (حق بیمه و پرداخت مستقیم از جیب) و سایر منابع (کمک‌های خارجی، خیرین) می‌گیرد و به افراد یا واحدهای تولید و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت می‌رساند.

<b>Results Chain</b>	<b>زنجیره نتایج:</b> عبارت است از دروندادها، فعالیت‌ها، بروندادها (نتایج بلافصل)، پیامدها (نتایج واسطه) و اثر نهایی.
<b>Risk Management</b>	<b>مدیریت خطر:</b> در مدیریت خطر یا ریسک، با تاکید بر سلامت و ایمنی بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با پایش شکایات و به روز نمودن خط مشی‌ها و روش‌های اجرایی و کارآمد نمودن سیستم‌های گزارش‌دهی، رویدادهای نامطلوب شناسایی و مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرند و در نهایت نسبت به کاهش ریسک بالینی اقدام می‌گردد.
<b>Rules /Regulations</b>	<b>مقررات:</b> قواعدی هستند که جهت هدایت اجرای قوانین طراحی شده‌اند، به عنوان مثال قواعدی که دولت از آن استفاده می‌کند تا روی افراد و نهادهای مختلف تاثیر بگذارد تا بتوانند رفتار خود را تغییر دهند.
<b>Salary</b>	<b>حقوق ثابت:</b> مبلغ ثابتی که ماهانه (در طول سال) بدون در نظر گرفتن تفاوت بین افراد پرتلاش و کم‌تلاش پرداخت می‌شود و سالیانه بدون توجه به کارآمدی مؤسسه، متناسب با تورم افزایش می‌یابد.
<b>Social Regulations</b>	<b>مقررات اجتماعی:</b> مقرراتی هستند که به منظور کسب نتایج مطلوب اجتماعی و کاهش عواقب و پیامدهای نامطلوب اجتماعی، اتخاذ می‌شوند.
<b>Stewardship</b>	<b>تولیت:</b> به معنی تعیین و تقویت قواعد اجرایی و ارائه جهت‌گیری‌ها و راهبردها برای تمامی نقش‌آفرینان هر بخش و پذیرش مسئولیت کلان و پاسخ‌گویی در بالاترین سطح است، به عنوان مثال در حیطه سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نیابت از دولت این وظیفه مهم را برعهده دارد.
<b>STP(Support ing Policy Relevant Reviews and Trials)</b>	مجموعه مقالاتی است که برای افراد مسئول در تصمیم‌گیری در خصوص سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با سلامت و برای افرادی که این سیاست‌گذاری‌ها را حمایت می‌کنند، مفید می‌باشد.

	این مقالات در وب سایت <a href="http://www.support-collaboration.org">http:// www.support-collaboration.org</a> موجود می باشند.
<b>Structure of the Health System</b>	<b>ساختار نظام سلامت:</b> با هدف تامین سلامت، افزایش رضایت و ایجاد عدالت، نظام سلامت دارای اجزای مختلفی می باشد از جمله نظام ارائه خدمات سلامت، بهداشت عمومی، نظام مالی خدمات سلامت، نظام آموزش و پژوهش پزشکی
<b>Systematic Reviews</b>	<b>مطالعات مروری نظام مند:</b> اقدام هماهنگ برای شناسایی نظام مند کلیه پژوهش های اولیه در دسترس، ارزیابی نقادانه این پژوهش ها و سنتز داده های مطالعات با کیفیت مطلوب (و در بعضی موارد آنالیز کمی آنها) با یک روش استاندارد و منظم که برای پاسخ دادن به یک سوال مرتبط انجام می شود.
<b>Unitary Risk Pool</b>	<b>تجمع ریسک واحد:</b> رهیافتی از تامین مالی نظام سلامت است که در آن تمام منابع به یک صندوق مرکزی واریز شده و بسته انتخابی سلامت را پوشش می دهد. البته تجمع ریسک در این شکل، اجباری بوده و هیچ کس نمی تواند از پوشش آن خارج شود. این روش یکی از راه های برخورد با ناکارآمدی و نابرابری و نیز مقابله با روش انتخاب معکوس، فرصت طلبی و هزینه های ارتباطی است.
<b>Vision</b>	<b>چشم انداز:</b> اعلامیه جهت گیری سازمان می باشد و بیانگر هویت، آرمان و چگونگی رسیدن به آن است. چشم انداز تصویری از مقصد آینده سازمان را ترسیم می کند.
<b>Voice of Customer</b>	<b>صدای مشتری:</b> ایجاد کانال های ارتباطی برای دریافت اعتراضات، پیشنهادات و شناخت دیدگاه های مشتری
<b>Workforce Development</b>	<b>توسعه نیروی انسانی:</b> یکی از کارکردهای پویای نظام سلامت می باشد و دارای سه عملیات اصلی شامل: برنامه ریزی برای تربیت نیروی کار، آموزش نیروی انسانی و مدیریت نیروی انسانی می باشد.





# **Evidence-Based Policymaking in Health System And Its Achievements and Challenges in Iran**



**Authors:**

**Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani, PhD**

General Education Department of Babol University of Medical Sciences

**Simin Mouodi, MD, MPH**

Education Development Center of Babol University of Medical Sciences

Literary editor : Mousa Yaminfirooz (PhD Student)

General Education Department of Babol University of Medical Science



انتشارات دانشگاه علوم پزشکی بابل

ISBN-978-964-7509-95-4

